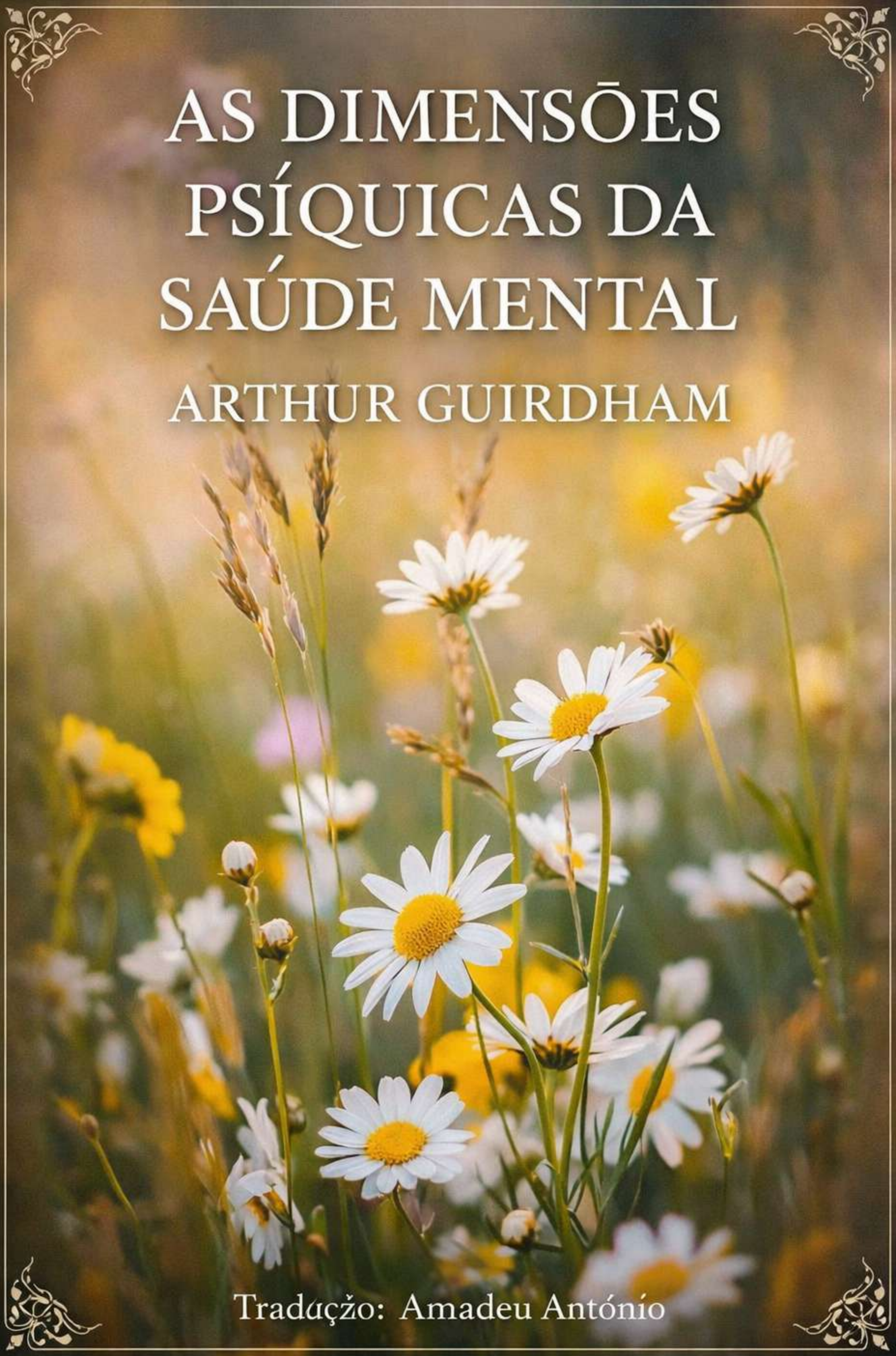
AS DIMENSŌES PSÍQUICAS DA SAÚDE MENTAL

ARTHUR GUIRDHAM



Tradução: Amadeu António

AS DIMENSÕES PSÍQUICAS DA SAÚDE MENTAL

Um estudo pioneiro sobre como a alma humana, ou psique, impregna a personalidade e influencia vitalmente todas as nossas ações e reações.

ARTHUR GUIRDHAM 1982

ÍNDICE

Capítulo A Existência e a Imortalidade da Psique A Descida da Psique Possessão Benigna e Maligna A Origem da Neurose Obsessiva Hiperatividade e Delírio em Crianças O Significado Psíquico da Epilepsia, Asma, Dispepsia e Espasmo Cólico A Semelhança Psíquica da Enxaqueca e da Doença de Ménière A Natureza Vibratória das Manifestações do Bem e do Mal Como a Energia do Mal Pode Causar Doença Histeria e a Psique Estados de Ansiedade de Origem Psíquica Fatores Psíquicos na Depressão do Adolescente e Antenatal Depressão Devida a Vidas Passadas, Fatores Sazonais e Mudanças de Local Alterações nos Padrões de Doença Psicopatas: Os Propagandistas da Decadência O Papel da Possessão na Esquizofrenia Homossexualidade, Bestialidade e Compaixão Sexual O Conteúdo Psíquico dos Sonhos O Deficiente Mental Quatro Formas Potentes de Cura Psíquica

PREFÁCIO

Este livro ocupa-se do fator psíquico, demasiado pouco conhecido, na etiologia da doença mental. Isto não significa que possamos, com segurança, desconsiderar outras abordagens ao que se tornou um problema maior. Temos de reconhecer que as influências familiares e ambientais desempenham, sem dúvida, um papel na produção da doença psiquiátrica. Erros inatos do metabolismo e da bioquímica, e o desequilíbrio endócrino, contribuem abundantemente para os distúrbios psiquiátricos. Na verdade, estes últimos geralmente não se revelam senão quando mais do que uma destas deficiências se combinam para produzir sintomas patológicos. Tudo o que peço é que estes mecanismos não nos ceguem para o problema realmente urgente da importância das influências psíquicas em psiquiatria. A negligência deste fator prejudicará gravemente o futuro da psicoterapia.

CAPÍTULO 1

A EXISTÊNCIA E A IMORTALIDADE DA PSIQUE

Agora que passou meio século desde que me qualifiquei como médico, e como quase todo o período intermédio foi passado como psiquiatra, é lógico registar o que aprendi sobre a minha especialidade. A minha justificação para escrever é que deve haver poucos psiquiatras que tenham tido à disposição uma tal diversidade de material bruto. Digo isto com confiança porque fui mais afortunado do que a maioria nos meus frequentes encontros com a parapsicologia. Que esta última virá a desempenhar um papel importante na psiquiatria do futuro é um dos temas principais deste livro. Além disso, certas idiossincrasias da minha própria constituição tornaram-me acessíveis fontes de informação negadas a muitos dos meus colegas. Em diferentes momentos da minha vida, não só escutei e prescrevi para os doentes, como atuei como um barómetro humano, captando telepaticamente variações no clima psíquico dos outros.

Permitam-me declarar imediatamente a base da minha abordagem à psiquiatria. Temos dentro de nós um componente imortal chamado alma ou psique. Esta impregna, transcende e sobrevive à morte da personalidade humana. Até aqui estou em sintonia com a crença cristã ortodoxa. Divirjo desta última ao considerar o nosso componente eterno como existindo após a morte sob a forma de uma psique desencarnada até que reencarne noutra personalidade.

A psique é vital em todas as nossas ações e reações. O nosso grau de desenvolvimento depende da medida em que nos submetemos à sua direção. A sua influência é crucial nos distúrbios psiquiátricos e noutros.

Muito enfaticamente, o adjetivo tão usado «psicossomático» não me indica, para mim, qualquer conglomerado de sintomas quase físicos atribuídos, acertada ou erradamente, às emoções aberrantes associadas à repressão, conflitos soterrados e semelhantes. Neste livro, traduzo «psicossomático» no seu significado literal, isto é, incluindo a doença, psiquiátrica ou física, induzida pela ação direta da alma ou psique sobre a mente e o corpo do indivíduo.

É absolutamente essencial perceber, desde o início, a natureza e o destino separados da psique e da personalidade. Sem dúvida que, nesta vida, estes dois componentes estão inextricavelmente entrelaçados um no outro. Muitas doenças, como as induzidas por telepatia e memória longínqua, têm uma origem psíquica distinta da psicogénica. Mais importante ainda, a repressão da atividade psíquica pela personalidade é uma fonte fecunda de doença. Mas a psique que

se separa da personalidade na morte é uma entidade totalmente diferente do ego humano obliterado. A psique continuada leva consigo a memória do que aprendeu com as dores e as alegrias que experimentou enquanto estava encerrada na personalidade humana.

O homem possui também um espírito individualizado que lhe permite comunicar, mesmo nesta vida, com aquilo a que os cristãos chamariam o Espírito Santo e os budistas o Terreno Comum, e que eu prefiro designar por consciência indivisível. Como este não é um trabalho filosófico, não discutirei as funções do espírito individualizado, que também faz parte da nossa individualidade, mas restringir-me-ei às atividades da psique — particularmente nos seus aspetos clínicos.

Para apreciar a diferença entre a psique e a personalidade humana, é necessário considerar um pouco a natureza do tempo e a sua relação com ela. Comparada com a personalidade humana, a psique existe fora do tempo. A personalidade não é apenas ativada pelos nossos desejos, ambições, medos e arrependimentos. Ela é, na verdade, construída a partir deles. Todo o medo, toda a esperança e todo o desejo são projetados para o futuro. É, portanto, inevitável que a personalidade humana, composta pelo rosto que mostramos à sociedade e pelo dínamo interior que determina o que desejamos dela, esteja preocupada com o tempo vindouro.

Igualmente, estamos presos ao passado pelos nossos dolorosos arrependimentos pelo que falhámos em alcançar e pelos pecados que cometemos. A personalidade está rigidamente confinada nos nossos desejos para o futuro e nos nossos arrependimentos pelo passado. Está incontornavelmente cravada no tempo. Quando estamos assim presos no tempo e nos nossos egos centrados em si mesmos, estamos também aprisionados na manada, porque na existência comunitária estamos em competição com outros igualmente presos em desejos insatisfeitos, ambições frustradas e, acima de tudo, acorrentados ao tempo cronológico.

A psique está largamente emancipada da cronologia. Na clarividência vemos o futuro. Na precognição sabemos o que vai acontecer, mas de forma menos visual. Nestes processos, mesmo que ocorram neste mundo dominado pelo tempo, não há distinção entre o presente e o futuro para a psique. Do mesmo modo, há aqueles que veem em pormenor minucioso vidas passadas e cujas observações são verificadas como exatas por historiadores e sábios.

Nas operações da psique, o espaço também é limitado. Isto implica igualmente a aniquilação do tempo cronológico. Algumas pessoas conseguem

ler os pensamentos dos outros não metaforicamente, mas literalmente, como quem lê um livro, e conseguem reproduzir exatamente as emoções e as dores que sentem num dado momento. Se isto ocorrer entre duas pessoas na mesma sala, não nos apercebemos da aniquilação do espaço. Mas o mesmo processo pode ocorrer quando os indivíduos estão separados por milhares de quilómetros.

Não foram dezenas, mas centenas de vezes que recebi chamadas, não só de outros países, mas de outros continentes, em que o chamador me telefonou porque sabia que eu, ou alguém do meu círculo imediato, estava gravemente doente, em grande aflição ou acabara de sofrer um acidente. Tal telepatia, manifestada à distância, pode expressar-se ou numa apreciação nítida e predominantemente intelectual do que está errado, ou como uma cortina de depressão que desce abruptamente, única não só pela sua súbita, mas porque aqueles que a experimentam sabem imediatamente qual a causa da angústia.

Há também uma telepatia somática, que penetra mais fundo do que a consciência, em que o indivíduo, a centenas ou milhares de quilómetros de distância, adquire os sintomas médicos ou cirúrgicos daqueles com quem está em contacto invisível mas imediato. Estes fenómenos, iniciados à distância mas sentidos imediatamente pelo barómetro humano, envolvem a aniquilação do tempo, porque o que acontece a milhares de quilómetros é registado no mesmo segundo.

Só quando vemos a psique, e os sinais e sintomas da sua atividade nos seus aspetos intemporais e sem espaço, apreciamos plenamente a sua realidade superabundante e sempre presente. É impossível provar com certeza a existência da psique por meio da metafísica ou da teologia. O que deriva dessas abordagens é apenas uma ideia da psique. Esta é oferecida à inspeção e debatida entre teólogos e ateus científicos que constituem fações opostas, amargamente hostis uma à outra mas dedicadas ao mesmo erro: que a verdade é uma questão de análise e síntese. Não é possível provar a existência do que, como a psique, existe fora do tempo, pelo exercício de mentes escravizadas por ideias fabricadas dentro da substância do tempo. No entanto, a psique pode ser observada em ação e na sua realidade viva e eterna por qualquer pessoa de mente aberta e sentido clínico desenvolvido que seja capaz de abandonar a condicionamento materialista em que tantos são criados nestes dias. Mas talvez isto seja pedir muito.

Como veremos mais adiante, ao tratar do fenómeno da possessão, a emancipação da psique em relação ao tempo é apenas relativa; no entanto, é real e dramática em comparação com a subserviência à cronologia demonstrada

pela personalidade. Não podemos compreender nem a psique nem os fenómenos psíquicos a menos que os vejamos ambos no seu aspeto intemporal. Usamos a palavra «psíquico» demasiado no seu sentido oculto. Para muitos de nós, está associada à meia-luz manchada das sessões espíritas, ao bater de mesas, à consulta freneticamente excessiva de médiuns, até mesmo, para os bem-pensantes, às forças obscuras e às coisas que é melhor não conhecer.

O que precisamos de apreciar é a verdade simples de que a palavra «psíquico» é o adjetivo derivado do substantivo «psique». Fenómenos psíquicos como a precognição, a clarividência, a telepatia e a memória longínqua ocorrem no meio intemporal em que a psique existe. Estes fenómenos extrassensoriais são os sinais e sintomas da existência da psique tanto quanto uma mão levantada é um gesto da personalidade humana. Esta última é, por si só, incapaz de iniciar os mecanismos envolvidos no que anteriormente eram chamados fenómenos psíquicos e agora são mais comumente descritos como formas de perceção extrassensorial.

A maioria dos psiquiatras não partilha estas opiniões. Aqueles que praticam a abordagem analítica são muitas vezes, especialmente se forem freudianos, de persuasão materialista. Sempre me pareceu uma versão patética e pretensiosa do jogo do «esconde-esconde» praticar psicoterapia sem uma psique.

Talvez isto explique o facto de que, gostem ou não os psiquiatras, o registo terapêutico da psicoterapia pura, sem auxílios físicos, não é impressionante. Excetuando alguns junguianos, os melhores resultados são obtidos por aqueles que praticam variedades de primeiros socorros violentos, como a terapia eletroconvulsiva, os antidepressivos e os tranquilizantes obliterantes. Talvez devêssemos admitir que a psiquiatria, tal como a conhecemos, é uma ciência nova, com não mais de meio século de existência. Pode ser demasiado cedo para esperar mais do que a esperança de alguma filosofia construtiva que sustente os mecanismos rangentes da psicoterapia. Estaremos, no momento presente, a mover-nos na direção de uma abordagem mais cósmica? As nossas perspetivas imediatas não são animadoras. É certamente necessário rever a nossa posição quanto à existência de uma psique, porque esta última é, embora não geralmente aceite, o coração e o centro da psiquiatria tal como a interpreto nestas páginas.

Um útil resumo da psiquiatria contemporânea foi delineado há alguns anos, quando um conhecido psiquiatra resumiu o destino humano em três edições de um jornal nacional. Embora a visão do autor fosse pequena, os seus artigos eram extensos e a tiragem do jornal impressionante. Tratava-se de uma publicação que, entre aqueles satisfeitos com pouco, merecia a descrição de cultural. Sob o

manto de uma doce razão e de um realismo viril, o autor informou-nos de que aquilo que sentimos e pensamos nos é imposto pelos genes com que nascemos e pelo condicionamento a que estes são expostos. Somos simplesmente o produto da nossa matéria-prima perecível e do que lhe é feito pelos nossos pais e pela sociedade em que vivemos. Tudo o que construímos aqui, ou melhor, o que nos é construído, é a personalidade. Esta é o mecanismo responsável pela nossa adaptação à manada.

É uma proposição efémera que morre irrevogavelmente com a morte do corpo. Não somos apenas vítimas, mas as próprias criações das circunstâncias. Não podemos chamar as nossas almas nossas, porque não as temos. O que chamamos bem é aquilo que mais contribui para o bem-estar da manada. O que é mau é aquilo que lhe resiste ou recusa adaptar-se a ela. Esta última categoria do mal deve, por definição, incluir um número deprimente de artistas, cientistas e filósofos que contribuíram para o bem-estar do homem. Poderia ser ampliada nos dias de hoje para incluir todos os que resistem à tirania de um Estado totalitário.

Segundo estas visões humanistas iliberais, propaladas por aquilo que um público intelectualmente intimidado aceitava como um pundit *(comentarista),* navegamos por algum tempo entre as duas colunas intransigentes do nascimento e da morte. Derivamos numa ténue luz solar obscurecida pela ferocidade das nossas necessidades. A vida é curta e há tanto para agarrar antes da finalização sem sentido da morte. Neste mundo de uma única vida, uma única morte e inumeráveis desejos, não existe componente imortal.

A psique foi banida pelos cientistas porque não é mensurável em laboratório nem visível ao microscópio. Para a maioria das classes ditas instruídas, o conceito de uma psique é basicamente irracional. As pessoas acham difícil construir uma hipótese cientificamente satisfatória que justifique a sua existência. Não é minha intenção apoiar ou refutar tal atitude. Ao escrever esta narrativa dos meus contactos com a verdade, permaneço um clínico impenitente. Insisto em que a psique se revelou em ação dentro e fora da minha vida profissional. O que por mim foi percebido pode ser reconhecido por outros. Se a existência de uma psique pode ser provada por argumentação metafísica, pessoalmente não me preocupa fazê-lo.

Embora deixe para outros as implicações filosóficas da existência da psique, devo primeiro refutar algumas das mais pretensiosas suposições daqueles que negam a sua realidade. Grande parte da descrença numa psique deve-se a uma cultura restrita que sustenta a crença patética de que aquilo que os homens pensaram desde o chamado Iluminismo de meados do século XVIII

está tão à frente de qualquer filosofia produzida antes desta data desastrosamente climacteriana que a experiência anterior pode ser negligenciada. Mas o modo de pensamento dos últimos dois séculos é simplesmente a cristalização intensiva e final da falácia de Aristóteles de que a verdade só pode ser abordada e alcançada pela razão. Mesmo assim, até este século, as massas, não poluídas pela filosofia excessivamente intelectualizada, persistiram na sua crença na psique.

O que se encolheu progressivamente nos últimos dois séculos é a crença de que a verdade é questão de perceção direta e de revelação, e de que existe uma minoria de indivíduos especialmente constituídos capazes de a perceber. Para o homem moderno, a verdade é essencialmente um conceito verbal sintetizado, de preferência mensurável. A ideia de que pode ser transmitida, por revelação, a alguns indivíduos adequadamente constituídos é incompatível com o estado de delírio igualitário que lisonjeamos com o nome de democracia. A crença numa psique murcha numa sociedade em que a ideia de pessoas especialmente dotadas para perceber a verdade é uma afronta ao ideal progressista que prevê para todos um ambiente idêntico produtor de uma igual mediocridade.

Não pretendo sequer resumir o que foi dito sobre a psique ao longo dos milénios e em diferentes culturas. Isto porque a psique pode ser melhor percebida em ação e a minha intenção é registar a sua atividade. É uma realidade e não uma abstração ética, e de facto desaparece quando a abordamos através de um emaranhado de conceitos verbais. O leitor pode, se quiser, estudar os argumentos de Platão sobre a existência da psique, mas o raciocínio coerente não substitui a experiência direta. Quanto de Platão era mera reprodução do que ouvira sobre os Mistérios de Elêusis?

No entanto, antes de embarcarmos no que é essencialmente um registo de experiência clínica pessoal, é necessário afirmar que a crença numa psique viva, distinta da personalidade humana e indubitavelmente imortal, persiste no pensamento europeu desde pelo menos 1500 a.C. Vinda originalmente do Egito, esta crença foi um dos princípios básicos dos Mistérios Órficos na Trácia e daqueles centrados em Elêusis, nas proximidades de Atenas. Mil e quinhentos anos antes de Cristo, Elêusis era a Meca daqueles de inclinação filosófica e religiosa. Era visitada por pessoas de todos os países do mundo conhecido. No seu declínio popular, os peregrinos vinham em multidões para aprender o que podiam dos Mistérios. Estes incluíam ritos destinados a aumentar o nível de consciência do indivíduo e a prepará-lo para a iniciação. As crenças básicas comunicadas àqueles considerados aptos a recebê-las eram duas. Foi revelado

ao iniciado que existia apenas uma divindade suprema por detrás do panteão de deuses e deusas adorados na antiguidade. Em segundo lugar, foi-lhe ensinado que possuía uma psique imortal que se purificava ao permitir-lhe constantemente permanecer em planos superiores de consciência.

Deve entender-se desde o início que os sacerdotes, as sacerdotisas e os oráculos não eram meros professores de doutrina. Eram mais percecionistas do que pensadores ou lógicos. Qualificavam-se para o cargo que ocupavam pelos seus dons de perceção extrassensorial e pelo grau da sua desprendimento da matéria. Esta última descrição é muitas vezes traduzida como indicando apenas a pureza das suas vidas e o seu ascetismo sexual e dietético. Estas últimas restrições, embora necessárias, eram menos importantes do que a sua liberdade do impulso de adquirir poder ou riquezas.

Os dons extrassensoriais, quer ocorram em sensitivos modernos ou em sacerdotisas eleusinas, não são demasiado difíceis de avaliar. Não é difícil verificar a exatidão daqueles que predizem o futuro. Ou as coisas acontecem como foram preditas, ou não. É ilógico considerar as sacerdotisas e oráculos da antiguidade como exatos no exercício da clarividência e da telepatia, mas não fiáveis ao registar o que lhes era dito por entidades desencarnadas sobre a Unidade da fonte suprema do ser e a imortalidade da alma. Até aos dias de hoje, os mesmos processos estão em ação e muitos daqueles com os dons mais intensos de clarividência, precognição, telepatia, cura psíquica e memória longínqua são precisamente aqueles que nos comunicam, através de entidades desencarnadas ou de outro modo, a verdade quanto à realidade e persistência da psique e ao destino do homem.

A diferença entre nós e os antigos é que nós não escolhemos ouvir o que nos é dito por aqueles com perceções mais elevadas e com acesso a outros mundos. Aceitamos apenas a verdade «científica». Esta é-nos servida em doses parcimoniosas pelos cientistas e eruditos. Perdemos por completo essa abordagem direta à verdade revelada que o homem possuía na época dos Mistérios Órficos e Eleusinos. Nessas idades, não só os oráculos, sacerdotes e iniciados eram capazes de contacto com outros mundos, como a generalidade dos homens era mais percetiva e sensível aos sussurros dos desencarnados e às vozes dos espíritos. Para eles, a verdade era mais uma questão de perceção direta do que o destilado da persistência teológica. Era revelada pelos oráculos, com os filósofos a preencherem as lacunas com o que chamamos inspiração poética ou intuição intensa. O próprio Platão disse que não alcançava nada de bom exceto o que lhe vinha de Deus através da agência do seu daimón.

Quando chegamos à era cristã, não podemos desvalorizar o papel desempenhado pela revelação direta, através de agências psíquicas e espirituais, na transmissão da verdade. Não é por acaso que São João, que conheceu e amou Cristo melhor do que os outros discípulos, enfatiza no seu evangelho que tipo de homem era Cristo e dá-nos mais pormenores dos seus dons psíquicos do que os outros evangelistas. Tal como Cristo, mas em menor grau, São Paulo vivia ao nível da psique e, através dos dons dela derivados, tinha acesso direto às origens divinas da verdade. (Ao falar de Cristo e de Paulo, não estou a desvalorizar os seus dons do espírito. Enfatizo as suas capacidades psíquicas simplesmente porque é com a psique que nos ocupamos neste livro.) Os Evangelhos são um registo da comunicação de Cristo com Deus e com os homens através da Sua psique e espírito.

Paulo teve uma visão no caminho de Damasco em que lhe foi revelada a natureza de Cristo e foi instruído quanto ao que deveria fazer para disseminar a Palavra. Nos séculos que se seguiram, seres com um leque menos imenso de dotes psíquicos do que Cristo e Paulo conservaram, no entanto, a capacidade de receber e transmitir diretamente a verdade da divindade no Céu e no Cosmos. Muitos gnósticos e neoplatónicos eram deste tipo. É de pessoas como estas que derivámos, não por argumentação lógica, mas pela perceção direta dos fenómenos, a nossa crença na existência e imortalidade da psique. Todo o tema deste livro é que, para aqueles com olhos para ver e ouvidos para ouvir, a psique pode ser vista e sentida em ação. Nele abandonarei, na sua maioria, a selva de ideias e atitudes pelo mundo dos fenómenos.

Nada na minha educação ou formação me preparou para a ideia de uma psique imortal que entra na matéria no nascimento e a abandona na morte. Tive de aprender isso através da disciplina implacável da experiência clínica. Fui educado como anglicano, numa paróquia que começou por ser respeitável e Broad-Low e que mais tarde se libertou e se tornou um pouco High. Aprendi que tinha uma alma que estava, de algum modo, sempre em perigo. Ninguém me explicou a sua natureza. Assumia vagamente que era o núcleo interior de tudo o que pensava e sentia, a quintessência de tudo o que tinha sido nesta vida e, acima de tudo, daquilo que fizera de mim próprio.

A psique era, de facto, uma espécie de colheita interior da personalidade, cuja semente fora plantada por Deus e regada pela Sua graça, mas pelo crescimento da qual eu era totalmente responsável. Paradoxalmente, ao mesmo tempo, era ela que era responsável por mim. Nunca houve a mais ténue sugestão de que a psique fosse uma entidade previamente amadurecida, separada da personalidade humana e não construída a partir dela. Naqueles dias,

para mim, era essencialmente uma semente em germinação, quase inexistente à nascença, que crescia com a consciência e se expandia com uma dieta de ideias prescritas por padres e outros intérpretes. Depois da morte, dormia como um arganaz espiritual até ser despertada para classificação nas antecâmaras do juízo.

A ideia de uma psique que atuasse sobre a personalidade mas que estivesse essencialmente emancipada dela simplesmente não fazia sentido, porque, segundo a instrução que me foi dada, a própria psique era a apoteose da personalidade, o ego humano vestido com a sua melhor roupa de domingo. Só décadas mais tarde percebi que a psique era uma entidade viva, com sinais de vida próprios e inconfundíveis. Sabemos que o corpo vive porque respira e porque o coração pulsa. Sabemos que a personalidade existe por causa da agressividade, dos desejos, dos gestos súbitos de auto-humilhação de que é capaz. Os sinais da vida da psique são tão inequívocos como os do corpo e da personalidade humana.

Não posso afirmar que seja o único psiquiatra contemporâneo a aceitar como essencial o papel da psique na psiquiatria. Jung tentou restaurá-la ao seu devido lugar na sua obra *O Homem Moderno em Busca de uma Alma* e, por isso, ganhou a devoção quase absoluta dos seus discípulos. O facto de ele a ter reintroduzido na psiquiatria é muito menos notável do que o facto de os praticantes da arte médica alguma vez terem conseguido dispensar-se dela. Há psiquiatras individuais que se destacam num mar de materialistas por serem eles próprios cristãos. A maioria destes está obcecada com o desejo de provar que os ensinamentos de Cristo e as conclusões da psicanálise são convergentes. Isso parece-me altamente prematuro e excessivamente lisonjeiro para os analistas. Na busca da verdade, a ornamentação adjetiva é supérflua, porque, ao distinguir entre realidade e ilusão, não nos podemos dar ao luxo de estar condicionados. Abordar o problema a partir de um ponto de vista sectário é uma desvantagem considerável. Emergir da provação como cristão é outra coisa. Eu próprio não tenciono colar quaisquer rótulos à psique.

Este livro é uma declaração geral da minha abordagem à psiquiatria. É necessário citar exemplos para ilustrar os meus temas principais, mas não posso fazer mais do que utilizar uma fração mínima do volumoso conjunto de provas que acumulei. Em certa medida, alguns dos meus livros anteriores podem ser encarados como registos de casos que ilustram os temas que avanço neste presente trabalho.

CAPÍTULO 2
A DESCIDA DA PSIQUE

Uma alma completa, com uma memória intrincada de uma luz distante e de uma escuridão mais recente, entra na matéria no momento da conceção. Algumas mulheres sabem, antes da cessação da menstruação, antes do aparecimento de sinais físicos no corpo, que uma nova vida começa dentro delas. Algumas sabem-no no exato momento em que o espermatozoide penetrante dota o óvulo de uma existência mínima, molecular. Esta consciência, não excessivamente rara se as mulheres fossem francas, não é experimentada pela personalidade da mulher. Esta é incapaz de perceber os começos microscópicos de uma nova vida. A mulher sente a conceção não pela penetração do espermatozoide, mas pela entrada da psique. Por vezes, esta consciência é acompanhada por uma experiência transformadora que varia na sua natureza, mas que por vezes se exprime numa onda de luz.

Este fenómeno foi bem descrito por uma mulher discretamente inteligente e culta. Não era paciente, era marcadamente psíquica e exalava uma atmosfera de equilíbrio e quietude. Disse: «Soube no momento em que concebi. Foi algo que nunca tinha experimentado antes.» Explicou que o que sentira não se devia a qualquer crescendo de paixão física. Já se perdera no amor antes e sentira a pequena morte, no clímax do amar, que é mais profunda do que a sensação. «Senti algo como uma asa vir de algures de cima e atravessar-me por completo. Atravessar talvez não seja a palavra certa, porque o que me varreu foi uma espécie de luz. Soube naquele momento que tinha concebido.

Não consigo descrever a paz que a experiência me trouxe. Não foi apenas ficar contente por estar grávida. Não sou desse género de mulher. Sou antes impaciente com pessoas assim. Foi simplesmente saber que o meu filho tinha sido concebido no amor.» Esta afirmação é significativa porque a consciência imediata da conceção só ocorre naqueles raros atos de amor em que os amantes alcançam um total abandono de si próprios e em que pelo menos um deles é psíquico.

O que a mulher sente, o embrião ainda não desenvolvido sente a outro nível de perceção. Isto acontece porque, neste momento, como nunca mais ao longo da vida, a semente da matéria de que seremos formados é impregnada pelas emanações da psique que entra. Em termos de consciência adulta, o feto incipiente não tem consciência da descida da psique no momento em que a vida passa do masculino urgente para o feminino recetivo. Como adultos, recordamo-lo mais tarde nos sonhos. Muitas noites da minha infância sonhei que estava a cair. Descia para lá das estrelas. Descer entre as estrelas é simultaneamente um

símbolo e uma realidade. É um símbolo porque onde não há tempo não há espaço e as palavras que usamos são aproximações. No entanto, cair através do vazio, levantar as mãos em direção às estrelas em voo, é uma memória verdadeira, porque as próprias estrelas e planetas estão associados a diferentes graus de evolução e de consciência humanas.

Vemos a nossa descida com os olhos da psique. Já não a vemos tanto quando chegamos à infância, porque então as nossas pálpebras já estão pesadas com a terra. Quando fui para a escola disseram-me que os meus sonhos eram recordações fragmentárias dos dias em que, como macaco, perdera o apoio da mão ao balançar-me entre os ramos. Isto é um disparate. Mesmo que se acredite na hipótese darwiniana, a consciência de um homem acerca dos seus próprios começos é mais acessível do que a longínqua consciência da sua vida hipotética como macaco. Nos meus sonhos vivi aquilo que tinha sido na suspensão do tempo, no momento inexistente em que, vindo do meu passado, uma partícula de pó presa na trama íntima do destino do mundo, cheguei das terras exteriores do tempo e do espaço às margens do Solway, numa manhã fria de Primavera.

Esta memória da entrada da psique na matéria pode revelar-se noutro tipo de sonho em que a sua passagem pelo espaço e a descida para além das estrelas não são registadas. Pessoas em quem a influência da psique é grande em relação à personalidade regressam, por vezes, nos sonhos, a um tempo — anterior à descida da psique — durante o qual lhes foi dada a escolha de quererem ou não uma nova encarnação. As pessoas que têm estes sonhos de escolha são raras. São aquelas em quem a psique está altamente desenvolvida. Sabem que o seu próprio nascimento é uma atualização em carne da Queda do Homem. A descida da psique é a reencenação em miniatura do afundamento na matéria dos éones que se afastaram muito da fonte última do ser no processo da Criação. Entre as pessoas com atributos de videntes, com memória distante detalhada, o dom da cura e um conhecimento da criação do mundo e do seu fim, incluem-se aquelas que recordam o antes e o até à descida da psique na matéria.

O momento da conceção é, para muitos, o instante de maior sensibilidade que conhecerão nesta terra. O facto de não termos consciência cerebral de termos sido concebidos não significa que não tenhamos consciência alguma. Sustentar tal ponto de vista é o mesmo que dizer que a arte do arco e flecha não existe porque o alvo foi guardado para o Inverno. Em termos de desenvolvimento psíquico, a nossa vida neste mundo é uma espécie de Inverno. Não ficamos necessariamente em pousio, mas, devido ao impedimento da matéria, estamos no nosso ponto de menor sensibilidade. Desenvolvemo-nos mais nos mundos que habitamos entre as nossas encarnações neste planeta. Na

conceção somos um nó de vida trémulo e indiferenciado, indiferente aos pensamentos de padres e filósofos e insensível aos desejos e paixões que supomos necessários para a fabricação da personalidade. No entanto, estamos de forma crua e dolorosamente vivos ao fluxo de vibrações que nos é dirigido. Como nunca mais nesta vida, sentimos, em plena intensidade, as fases da lua e a pulsação dos planetas. Um eco desta perceção aguda regressa a alguns mais tarde na vida, quando uma lua cheia fragmenta ainda mais os processos de pensamento do esquizofrénico e estimula convulsões no epilético.

A consciência da fertilização do óvulo que ocorre na mãe estimula a consciência do feto, embora este opere a um nível diferente. Ao longo de toda a vida intrauterina, o feto percebe a um nível de consciência inacessível aos adultos, pela simples razão de que, nesta fase, a sua personalidade ainda não está formada. Aquilo que ainda não alcançou individualidade não pode reagir como indivíduo. O feto sente através da psique que o penetrou e em cujas vibrações foi banhado. Não pode ser de outra forma, porque o feto ainda não desenvolveu os cinco sentidos essenciais à perceção quando usamos este termo em relação à personalidade humana. A perceção, ao nível da personalidade, só pode ocorrer depois de o bebé ter sido expulso do útero e de ter aprendido, ao longo dos anos, a desenvolver as suas sensações reagindo ao ambiente extrauterino e a outras personalidades.

Até certo ponto, as vibrações da psique do feto estão afinadas com as da mãe. A transmissão das vibrações maternas resulta, em determinadas circunstâncias, em gravidezes e partos difíceis e em doenças que afetam tanto a mãe como o recém-nascido. Tratarei primeiro a questão de algumas dificuldades na gravidez e no parto. A causa básica de muitas destas condições é a relutância da mãe em injetar outra alma na matéria e, assim, expô-la às agonias deste mundo. Estas mulheres são tipos conscienciosos, que não ressentem a gravidez e desejam ter um filho ao nível consciente. Têm frequentemente um sentido agudo das atmosferas e tendem a encarar o mal como um poder positivo, em vez de um conceito ético diluído.

Alguns encaram este mundo como o reino do Príncipe das Trevas. Vários acreditam na reencarnação. Nenhuma das mulheres que encontrei na prática clínica tinha consciência de que as suas convicções e atitudes estivessem incorporadas em qualquer forma de religião ou filosofia, embora muitas, muito tempo depois de terem dado à luz, me tenham escrito ao longo dos anos para dizer que aquilo que publiquei sobre este tema lhes explicou com clareza o que tinham sentido intuitivamente e que sentiram um enorme alívio ao vê-lo expresso por escrito.

Estas mulheres altamente psíquicas têm partos difíceis. Essas dificuldades manifestam-se muitas vezes antes de chegarem ao termo da gravidez. A toxemia da gravidez, com hipertensão arterial, é frequentemente atribuível a esta causa. Há algumas décadas, a toxemia manifestava-se sob a forma de eclâmpsia, uma condição que envolvia convulsões da mãe. Esta doença punha em risco a sua própria vida e, muitas vezes, a do bebé. Atualmente, muitos bebés de mães com toxemia da gravidez nascem prematuramente e sobrevivem com dificuldade. O parto prematuro é frequentemente uma expressão da rejeição, por parte da mãe e em nome da criança, do impedimento da matéria. Essa rejeição é por vezes tão extrema que a criança nasce morta. Deve sublinhar-se que as mulheres deste tipo são sempre pessoas conscienciosas e dedicadas. São as últimas pessoas no mundo a quem se possa imputar uma indiferença fria e consciente em relação ao feto ou ao bebé.

No próprio termo da gravidez, o parto por cesariana é comum nestas pessoas. A inércia uterina que conduz à intervenção cirúrgica costumava ser atribuída a deformações ósseas, como o estreitamento da abertura pélvica ou a sua malformação efetiva. Presumia-se que o abrandamento das contrações uterinas, que levava ao esgotamento da mãe e punha em perigo a vida da criança, se devia à obstrução da saída óssea. Hoje aceita-se que a maioria dos casos de inércia uterina não está relacionada com deformações ósseas, mas tem origem na musculatura uterina. A investigação indicou que, em alguns casos, existe uma onda inversa de contrações musculares que atua em oposição às que tendem a expulsar o bebé do útero. O que é ainda pouco reconhecido é que esta inércia é induzida psiquicamente. A minha atenção foi chamada pela primeira vez para este fenómeno numa mulher com dons precognitivos muito acentuados e com uma capacidade telepática para registar de imediato as doenças dos seus amigos quando separada deles. Na sua primeira gravidez teve toxemia grave, esteve perigosamente doente e acabou por abortar. Na segunda conseguiu, a muito custo, chegar ao termo, mas permaneceu tanto tempo em trabalho de parto infrutífero que foi realizada uma cesariana para lhe salvar a vida.

Devemos considerar mais profundamente por que razão condições como a toxemia da gravidez e o parto difícil devem resultar da relutância da mãe em dar à luz. Será a sua perceção mais profunda dos horrores do mundo suficiente para explicar a sua dificuldade em reproduzir a sua espécie? A resposta torna-se mais difícil pelo facto de a maioria das mulheres deste tipo ser visivelmente alegre e extrovertida. Com o tempo, aprendi que muitas destas mulheres possuem memória distante, ou uma memória quase consciente, de encarnações passadas. É notável e muito significativo quantas mulheres casadas com memória distante

são inférteis ou têm apenas um único filho. Quando se considera quantas, com memória de vidas passadas, não chegam sequer a casar, a baixa taxa de natalidade entre mulheres deste tipo torna-se bastante evidente. Dez mulheres com a memória distante mais detalhada que conheci tiveram, entre todas, apenas três filhos. Esta relutância em criar vida não é apenas a influência psicogénica de uma ideia. É algo que atua ao nível verdadeiramente psicossomático, usando o adjetivo não no seu sentido contemporâneo vago, mas para indicar que certos estados físicos, como a toxemia da gravidez e os partos por cesariana, são atribuíveis à ação direta da psique sobre os tecidos da mãe.

Muitas mulheres sujeitas a estas condições estão a reencenar uma versão da escolha sobre se a sua própria psique deveria descer novamente à matéria para uma nova encarnação. No entanto, há mais do que isso. A um nível profundo de consciência, a mãe está a tentar escolher pelo filho. Em nome deste, rejeita a vida. Ninguém pode agir em nome de outro numa questão tão cósmica. Fazer isso é interferir com o padrão do destino. Não cabe à mãe escolher pelo filho se este deseja ou não nascer. A psique da criança já escolheu, na medida em que foi atraída para a personalidade dentro da qual se propõe reencarnar. Isto não implica, naturalmente, uma escolha mental, no sentido comum do termo, entre duas ou mais alternativas conceptualizadas. A psique do bebé encarna na mulher, com a cooperação do homem, através de um complexo de magnetismos misteriosos que está fora do alcance deste livro.

A relutância da mãe em dar à luz é transmitida ao feto, que, por sua vez, resiste a nascer. Nisto, ele também pode ser afetado pela memória de vidas passadas, porque nesta fase a sua psique existe e vibra em harmonia com a da mãe. De que outra forma se pode explicar que o corpo do bebé, ao nascer, apresente por vezes provas dramáticas de sofrimentos suportados numa vida anterior? O padrão do que foi sofrido séculos antes pode ser impresso no corpo de um feto por uma memória particularmente aguda e dilacerante. A psique pode, de facto, deixar a sua marca na carne. É por esta razão que alguns nascem com as marcas de torturas passadas infligidas no seu corpo. Vi duas mulheres extensamente marcadas por cicatrizes resultantes dos seus sofrimentos na fogueira, sete séculos antes.

Uma destas mulheres tinha, desde os cinco anos de idade, quando adoeceu com difteria, dois sonhos recorrentes, num dos quais era arrastada para a fogueira e, no caminho, atingida por uma tocha em chamas empunhada por um monge. Ao longo da linha de impacto da tocha havia uma lesão como nunca vi outra igual. Consistia numa linha oblíqua de protuberâncias que subia, em

direção ao centro, a partir da anca esquerda. As próprias protuberâncias tinham exatamente a forma de vesículas produzidas por queimaduras. A única diferença era que as bolhas de uma queimadura recente estariam cheias de líquido. O conteúdo destas tumefações tinha-se entretanto solidificado em gordura e tecido conjuntivo. No outro caso, uma mulher nasceu com uma enorme marca de nascença sob a forma de cicatrizes escuras, elevadas, irregulares mas confluentes. Estendia-se por toda a extensão das costas, atravessava os ombros até à parte superior do peito. Isto era compatível com o facto de ela ter morrido de asfixia e choque antes de uma maior parte do seu corpo ter sido consumida pelas chamas. Tinha memórias de ter sido encarcerada num espaço confinado antes de ser arrastada para fora num momento de terror supremo.

A importância de marcas de nascença desta natureza reside no facto de indicarem a capacidade da psique para reter a memória de horrores antigos e para imprimir os seus efeitos na carne. São, na verdade, fenómenos genuinamente psicossomáticos, mas não devem ser encarados como tal sem que o indivíduo forneça outras provas de memória distante. Ouvi falar deste fenómeno fora do âmbito da minha prática e do meu círculo de conhecidos. Denis Saurat descreveu o caso de um alto funcionário francês que trazia nas palmas das mãos as cicatrizes de queimaduras onde, séculos antes, durante um período de perseguição religiosa, fora forçado a segurar barras de metal em brasa.

Uma variação interessante da marca de nascença é aquela em que uma lesão presente ao nascimento desaparece nos primeiros anos de vida. Uma paciente tinha, à nascença, uma marca vermelho-vivo, cor de cereja, do tamanho de uma moeda de cinco pence, situada acima da raiz do nariz, no centro da testa entre as sobrancelhas, na posição frequentemente ocupada pelas marcas de casta hindus. Esta marca desapareceu sem tratamento aos três anos de idade, quando foi escaldada com água a ferver, mas não na testa. A paciente, na idade adulta, era precognitiva e clarividente, com uma perceção muito aguda das atmosferas. Desenvolveu, em questão de segundos, um estado obsessivo agudo — normalmente resultado de anos de tendência obsessiva — após um contacto momentâneo e não íntimo com dois psíquicos deteriorados. Era também telepática num estado de coma. Ao sair de uma condição estuporosa que durou dias, exigiu notícias sobre o estado físico do pai, que adoecera após a sua queda em coma e acerca de cujo estado não poderia ter sabido por meios normais de comunicação.

Esta mulher tinha tido, entre as suas vidas anteriores, encarnações como hindu e como budista. Um dia, anos depois de eu a conhecer muito bem e de a

ter visto muitas vezes e recentemente, passei por alguém que me pareceu ser um jovem indiano, sorridente e amigável, que eu não conseguia identificar, mas que parecia conhecer-me e ficar mais do que satisfeito por me ver. Não a reconheci de imediato, apesar da nossa longa relação, porque, naqueles instantes, eu a estava a ver tal como fora enquanto homem na sua encarnação indiana. Esta mulher, boa, dedicada e católica praticante, tinha, além de uma perceção profunda do bem e do mal em lugares e pessoas — característica do dualista —, a crença na reencarnação, que é um dos princípios básicos desta filosofia. Numa das suas encarnações europeias fora queimada como herege. É claro que, quando nasceu, a sua recordação psíquica da encarnação hindu estava em primeiro plano, daí a marca de casta vermelho-cereja no centro da testa. O choque de ter sido escaldada aos três anos de idade, idade em que — quer o indivíduo tenha ou não uma constituição psíquica — é mais sensível psiquicamente do que mais tarde, desencadeou um tumulto no inconsciente da paciente.

Como resultado, a memória da sua encarnação hindu, até então dominante, foi substituída pela da sua vida como dualista e pela sua morte na fogueira como herege. A marca de casta hindu desapareceu e a sua vida como dualista tornou-se a sua encarnação mais dominante. O desaparecimento espontâneo da marca de casta indica que a psique pode, até certa idade, remover o padrão que previamente imprimiu nos tecidos do corpo. Este fenómeno raro ocorre apenas em pessoas com uma constituição psíquica altamente desenvolvida. Não se pode esperar que mais do que uma minoria revele, à nascença, as marcas de sofrimentos anteriores nos seus tecidos, muito menos que abandone as cicatrizes de uma vida passada quando a memória dessa vida se torna menos intensa do que a de outra.

O que disse nos parágrafos anteriores indica que a psique do feto possui memória de encarnações passadas. Ao falar de marcas de nascença, pode dizer-se que esta memória existe ao nível dos tecidos. O que é mais comum e mais evidente é o grau de consciência da psique durante a existência intrauterina. Isto mostra-se claramente na maioria dos casos em que as vibrações da psique harmonizam com as da mãe, através das quais ela exprime a sua relutância em dar à luz. Numa palavra, o próprio feto não deseja nascer. Mostra a sua resistência ao nascimento adotando posições que tornam este difícil. No ato do parto, a criança apresenta-se normalmente com a parte de trás da cabeça apoiada na entrada da bacia da mãe, naquilo a que se chama a posição occipital-posterior. Pode acontecer que a face venha primeiro. Noutros casos, são os ombros e as nádegas que surgem primeiro na entrada da bacia. Estas duas últimas posições são as mais associadas a trabalhos de parto difíceis e

prolongados. Se estas atitudes anormais forem reconhecidas antes de a mulher entrar em trabalho de parto, o obstetra procura rodar a criança para uma posição mais normal. Se não o conseguir, as contrações do útero durante o parto podem revelar-se vãs, porque, nas apresentações de ombro e de pélvis, o útero empurra contra uma resistência acrescida. Em tais circunstâncias, uma cesariana pode ser necessária para salvar a vida da mãe ou da criança, ou mesmo de ambas.

A adoção de posições anormais — como quando os ombros e as nádegas do bebé, em vez da parte de trás da cabeça, se apresentam primeiro na entrada da bacia — deve-se sempre a influências cósmicas. O feto não se enrola ao acaso numa posição que torne o seu nascimento mais doloroso. A sua relutância em nascer deriva, mas em diferentes níveis de consciência, da memória distante do feto e da da sua mãe. Este estreito rapport entre a psique da mãe e a do feto é facilitado pelo facto de este ainda não estar limitado pelo impedimento da personalidade. Deve recordar-se que é indiscutível que os dons psíquicos são herdados. Isto favorece uma identidade mais estreita quando a criança está dentro, bem como fora, do útero da mãe.

Normalmente, o feto começa a mexer-se por volta do quinto mês de gravidez. A mãe toma habitualmente consciência desse processo, que é interpretado como sinal de que tudo está bem com a criança. No último mês de gravidez, o feto desce mais para a bacia e adota a posição que assumirá no parto. Nesta fase, a mãe costuma estar mais consciente dos movimentos da criança, frequentemente chamados "primeiros movimentos" (quickening). Por outro lado, quando o feto assume uma posição difícil que impede o parto, há muitas vezes um silêncio ominoso em que a mãe deixa de sentir os seus movimentos. Isto pode dever-se a uma causa mecânica facilmente explicável, como uma tensão excessiva na musculatura materna.

Por vezes, porém, a mãe está a perceber diretamente um facto claro: o feto mexe-se menos e faz pouco para facilitar a sua chegada ao mundo exterior. Nesses momentos e nessas circunstâncias, é comum as mães sentirem que os seus filhos estão mortos dentro delas. Em muitos casos, a criança apenas se moveu para uma posição desfavorável à sua entrada no mundo. Em diferentes civilizações e entre diferentes raças existe alguma variação quanto ao que se chama a posição normal que o feto assume no final da gravidez, isto é, com a parte de trás da cabeça a apresentar-se primeiro. A forma da cabeça é, em certa medida, determinada pela modelação que sofre durante o parto. Em algumas raças, este processo de modelação produz formas do crânio que contribuem para a aparência característica dos seus membros. Ainda assim, nenhuma raça

demonstra qualquer desvio marcado da atitude fetal normal antes do parto. A sua condição pélvica nunca é determinada apenas por factores raciais. Onde quer que ocorram no mundo, as apresentações pélvica e de ombro indicam, mais do que outras, a relutância do feto em nascer.

Dissemos que o feto está dotado de consciência ao nível psíquico. Isto não é avançar a teoria impossível de que a psique fetal possua um quadro finito e circunscrito de encarnações passadas e estados de consciência expresso ao mesmo nível que aquele que se manifesta na pequena minoria que, na vida adulta, exibe memória distante. No entanto, ela recorda o passado ao seu próprio nível particular, porque faz parte da sua natureza essencial e imperecível fazê-lo. As memórias transportadas ao nível de consciência fetal devem ser penetrantes e puras, porque as arestas vivas da psique ainda não foram cobertas e embotadas pelos arrependimentos, ilusões, desejos e ambições da personalidade que, na vida adulta, resultam na repressão da atividade psíquica.

É possível que o indivíduo adulto recorde, ao nível de consciência associado à personalidade humana, o que ocorreu na existência intrauterina? Podem as memórias da psique fetal ser reforçadas mais tarde por uma recordação que, embora de origem psíquica, envolve os processos comuns do pensamento? Isto pode acontecer numa pequena minoria, mas o simples facto de acontecer é altamente significativo. Os doentes que recordam a existência intrauterina são aqueles em quem esta foi perigosa. Incluem indivíduos que, na fase fetal, sobreviveram a ameaças graves de aborto e às formas mais severas de toxemia da gravidez na mãe. Como já vimos, isto envolve, ao nível visceral da consciência materna, a rejeição da ideia de produzir outro ser para sofrer as dores da existência.

A evidência mais clara é fornecida pelos casos em que foram feitas tentativas de provocar aborto. Uma doente lembrava-se de que, mais do que uma vez, se sentira dentro de um espaço terrivelmente confinado, com uma grande força a pressioná-la de cima para a expulsar dele. É interessante que, antes de reconhecer o que isso era, ela tinha produzido, no contexto de terapia pela arte, inúmeros desenhos que representavam essa situação. Ela própria não reconhecia a sua implicação sexual. O analista freudiano, que a tratou durante cinco anos sem qualquer resultado benéfico, reconhecia-a certamente e descreveu os desenhos da doente como indicando o seu desejo de ter um filho, quando o que ela estava a reviver era o desejo da mãe de se ver livre de um. Mais do que isso, a doente estava a recordar — e a pôr para fora através do desenho — as origens do seu próprio e aterrador impulso de matar uma criança, que era a principal causa da sua extrema agitação e depressão. Esta obsessão

surgiu não nesta vida, mas na existência intrauterina. A união psíquica que então existia entre a mãe e o seu eu fetal era tão estreita que, na vida adulta, embora fosse uma mulher conscienciosa e bondosa e, ao nível consciente, dedicada às crianças, revivia as várias tentativas da mãe para se livrar dela no útero.

É interessante que ela revivia essa experiência com maior intensidade quando lhe era administrado tratamento com metanfetamina intravenosa, em doses que lhe permitiam falar sem inibição sobre os seus inauspiciosos começos. Deve acrescentar-se que a mãe admitia livremente as suas tentativas de provocar um aborto.

Exemplos de adultos que recordam o próprio processo do parto são mais comuns do que aqueles cujas memórias envolvem a existência intrauterina. Isto é compreensível, porque o choque do nascimento — trocar uma existência simbiótica, escura e segura pelo campo de batalha aberto deste mundo — é uma experiência única. Um dos casos mais impressionantes que encontrei foi o de uma jovem que, durante anos, tivera um sonho recorrente sempre igual, em que era torturada no cavalete. Esse sonho aumentara de frequência de tal forma que, quando veio ter comigo, a meio dos vinte anos, ocorria três ou quatro vezes por semana. Esta foi a minha primeira experiência de memória distante de perseguição religiosa como origem de condições psiquiátricas.

Embora eu estivesse satisfeito de que se tratava de um caso de memória distante, lamentei que a minha breve relação clínica com esta doente não me permitisse saber mais sobre a sua infância e primeira infância. O pesadelo cessou, para nunca mais voltar, no prazo de um mês após me ter consultado. A sua depressão recuou com igual rapidez. Dois anos mais tarde, recebi uma carta dela a dizer que estava grávida. Estava perto do termo e exprimia na carta um grau de agitação que me surpreendeu. Era, por natureza, uma estoica. Quando a visitei, disse que era como se toda a sua vida lhe estivesse a ser passada em revista, como se se lembrasse de tudo o que alguma vez fizera.

Ao ter o seu próprio filho, recordou que, nas primeiras semanas de vida, ela própria causara grande dor à mãe. Descreveu com exatidão os sintomas de trombose da veia femoral que resulta na condição vulgarmente chamada "perna branca". Mais tarde, recordou o seu próprio nascimento e, em particular, um momento de grande agonia que ocorrera quando se movia em direção à luz e o seu caminho fora obstruído. Disse-me que se lembrava de como, pouco depois do nascimento, as pessoas estavam preocupadas com o seu ombro. Tinha obviamente sido uma apresentação de ombro. Tinha um atrofiamento típico no dedo mínimo, por paralisia causada pela pressão sobre o nervo cubital, que resulta de apresentações de ombro severas.

O efeito da memória intrauterina e da recordação do parto é conferir à criança um sentido enormemente aguçado do tempo cronológico. Isto acontece porque, na sua primeira aparição neste mundo, ela associa a duração à dor. O tempo foi o intervalo de dor antes de conseguir transpor a entrada da bacia para este mundo. Muitas crianças, produto de partos difíceis, lembram-se com grande clareza dos primeiros anos e até dos primeiros meses de vida. Conheci muitas que podiam, indubitavelmente, recordar acontecimentos ocorridos e lugares encontrados antes de completarem um ano. Esta memória distante da própria vida é de enorme importância psiquiátrica e indica que a criança é psíquica. Recorda com nitidez o período antes do nascimento e logo depois dele, quando a psique era dominante sobre a personalidade, porque permaneceu psíquica na vida adulta.

É inevitável que assim seja, porque foi a sua acuidade psíquica, e a da mãe, que lhe asseguraram uma passagem difícil pela vida intrauterina e pelo parto. Isto não quer dizer que todos os indivíduos psíquicos tenham partos difíceis. O que implica é que um sentido demasiado precoce do tempo cronológico está associado à capacidade psíquica de se dispersar através do tempo, como na telepatia e na clarividência. Muitos produtos de partos difíceis mostram não só uma memória extraordinariamente aguda da sua própria infância, como também atributos psíquicos inclinados para o futuro, seja na consciência de vigília, seja nos sonhos.

A questão dos partos difíceis e da consciência fetal é muito importante em relação à origem de várias condições psiquiátricas. O resultado mais simples é a criança excessivamente tensa, hiperativa, pálida e facilmente exaurível, que não se aquieta à noite. Muitas crianças nascidas de partos difíceis são inquietas e insones e, quando conseguem andar, vagueiam continuamente até ao quarto da mãe. Nos meus primeiros anos de prática, demasiado influenciado pelos preceitos pouco questionados da psiquiatria contemporânea, via nisso uma tentativa da criança de exercer chantagem emocional sobre a mãe e de regressar aos primeiros meses de vida em que ela lhe dava atenção exclusiva. O meu conselho era, na maioria dos casos, que a criança não devia ser autorizada a refugiar-se na cama da mãe. Mudei de abordagem quando percebi a ligação entre estas andanças noturnas e a recordação de partos dolorosos e, sobretudo, quando compreendi que nestas crianças o psiquismo fora ativado precocemente e que eram frequentemente filhas de pais psíquicos.

Conheci uma dessas crianças que, nos primeiros seis anos de vida, nunca deu à mãe uma única noite tranquila. Ela era o protótipo clássico de mãe para este tipo de criança. Tivera uma gravidez com toxemia grave, que terminou em

aborto espontâneo. A segunda foi interrompida urgentemente por cesariana. A mãe era sempre marcadamente telepática. Se os amigos estavam doentes ou envolvidos em acidentes, ou em graves dificuldades, ela sabia-o imediatamente, a centenas de quilómetros de distância, e contactava-os para ver se podia ajudar. Era também marcadamente precognitiva e clarividente. Numa ocasião em que o marido ia fazer uma longa viagem de carro, ela avisou-o de mais do que um quase-acidente perigoso, que ocorreu exatamente nas circunstâncias que previra. Aos oito anos, o filho, que entretanto, se tinha acalmado melhor à noite mas ainda precisava de deixar a porta aberta, confessou-lhe que sabia de antemão que eventos iam afetar a família e citou-lhe premonições que se realizaram pouco depois.

Enquanto a criança mencionada no parágrafo anterior cresceu, graças à gestão sábia da mãe, tornando-se um adulto estável e inteligente, são crianças como ele que fornecem a matéria-prima a partir da qual se recrutam muitos sonâmbulos e neuróticos obsessivos. Estas crianças anormalmente inquietas não sofrem apenas da recordação de partos dolorosos. A inquietação é instigada pelos seus atributos psíquicos, que contribuíram para as dificuldades do parto.

Ora, uma das principais características do psiquismo é a completude da sua comunicação com outros psiquismos. Comparada com o esgrimir verbal e o bloqueio emocional envolvidos na comunicação ao nível da personalidade humana desenvolvida, a comunicação psíquica é dramaticamente direta. Na existência intrauterina, a comunicação é sobretudo com o psiquismo da mãe e com os psiquismos que incidem na consciência desta. Após o nascimento, o psiquismo livre-flutuante da criança, ainda não limitado nas suas operações pela influência restritiva da personalidade, está em contacto com entidades desencarnadas, tanto de vivos como de mortos. Não se percebe suficientemente que a vida percetiva do bebé nesta fase é em grande parte desta natureza. É difícil prová-lo clinicamente se considerarmos apenas o tipo de criança inquieta que vagueia todas as noites até ao quarto da mãe. A situação torna-se mais clara quando a criança especialmente psíquica, com um ou ambos os pais (de preferência a mãe) dotados de perceção extrassensorial abundante, começa a praticar sonambulismo.

O sonambulismo é mais comum do que se admite. Grande parte dele é inofensivo, daí a tradição, não estritamente verdadeira, de que os sonâmbulos não se magoam. O sonambulismo envolve o fenómeno da possessão. Que este processo seja uma realidade será tratado mais detalhadamente adiante. Nesta fase, deve-se salientar que, quando as crianças chegam à idade de descrever as

experiências, muitas das que se tornam sonâmbulas conseguem definir a sensação de serem possuídas por outra entidade.

Lembro-me de um rapaz que, antes dos dez anos, sofreu quatro condições que nas crianças são comumente acompanhadas por um fator psíquico. No caso dele, sem dúvida que eram. Começou a vida com eczema infantil, de que falaremos mais adiante. Passou para epilepsia infantil com convulsões, depois para asma, manifestando frequentes episódios de sonambulismo pelo caminho. O sonambulismo e a asma manifestavam-se muitas vezes na mesma noite. Este rapaz sofria de uma tríade recorrente de sonhos. No primeiro, cambaleava sem fôlego através de um deserto intensamente quente e sem água, com um poste no centro; no segundo, continuava a arrastar-se pelo deserto, mas agora o mar estava à vista e dirigia-se para uma gruta. O terceiro sonho era mais confuso no seu horror e ele descreveu-se a si próprio como «a lutar contra o mundo inteiro».

Estes sonhos apareciam sempre na mesma noite e nunca isoladamente. Por vezes não completava a tríade de pesadelos. O número que experimentava dependia do momento em que o sonambulismo se instalava. O sonambulismo começava com uma combinação de asma e um estado de terror em que gritava que «Aquilo» vinha outra vez. Se o avanço de «Aquilo» fosse rápido, só o primeiro sonho e parte do segundo se completavam. Esta sequência inabalável de sonhos recorrentes originava-se obviamente numa vida passada. Era significativo que os ataques de asma e, com eles, o sonambulismo fossem sempre piores durante uma onda de calor, ou seja, quando a existência contemporânea proporcionava o equivalente mais próximo aos seus sofrimentos ao atravessar o deserto. A sua condição torácica era contraditória, estando no melhor nos nevoeiros e rigores de um inverno do Norte.

A sua sensação da realidade de «Aquilo» era aguda. No terror, suplicava muitas vezes aos pais que não o deixassem voltar a adormecer. Se conseguissem mantê-lo acordado — procedimento duvidoso na melhor das hipóteses —, a asma agravava-se. Por vezes, apesar de todos os esforços, recaía no estado sonambúlico semelhante a transe. Pela longa experiência, aprendi que o estado de transe é um dos mecanismos comuns através dos quais as pessoas revivem vidas passadas. O que descrevi envolve o fenómeno da recordação. Qual é o significado da entidade descrita pelo rapaz como «Aquilo»? Esta não é necessariamente em si mesma uma entidade desencarnada malévola de uma vida passada. Muitas crianças dos cinco ou seis anos até à puberdade são clarividentes auditivas e ouvem as vozes de entidades desencarnadas a instruí-las, entre outras coisas, sobre vidas passadas. O «Aquilo» de que este paciente fugia aterrorizado pode não ter sido intrinsecamente horrível. É possível que

tenha atuado apenas como catalisador, recordando ao paciente os horrores que suportara ao atravessar o deserto.

Um exemplo de uma entidade desencarnada verdadeiramente hostil a operar no sonambulismo é mostrado pelo seguinte caso, que é importante porque elimina completamente a tradição de que ninguém se magoa no sonambulismo. Fui chamado a ver um rapaz que, no início da adolescência, numa noite sonambulou através de uma janela do primeiro andar e caiu no jardim em baixo. Sofreu uma fratura extremamente rara de um dos pequenos ossos do pé. Um ano depois, na mesma data, a irmã mais velha, que nunca antes sonambulara, passou pela mesma janela do mesmo quarto, caiu no jardim e sofreu a mesma fratura idêntica e rara do mesmo osso pequeno, habitualmente imune a danos.

As lesões nestas crianças ocorreram no aniversário da mãe. É totalmente impossível explicar estes incidentes por qualquer dos sistemas contemporâneos de psiquiatria. Um freudiano, mas seguramente apenas um exemplo fanático da espécie, poderia explorar o facto de os acidentes terem ocorrido na noite do aniversário da mãe, mas como explicar que o sonambulismo, os acidentes e as suas consequências, ocorrendo com um intervalo de um ano, fossem idênticos nas duas crianças? Descartar isto como coincidência é demasiado pouco científico para ser levado a sério. Para mim, os aspetos marcantes são que o mesmo acidente tenha ocorrido a duas crianças diferentes na mesma noite. Como veremos mais adiante, entidades desencarnadas que tentam ou conseguem possessão tendem a atuar na mesma data ou muito próxima dela todos os anos.

Estou convencido de que neste caso a mesma entidade desencarnada atacou a mãe ao nascer e, numa data posterior na nossa cronologia terrena, tentou possuir o filho e a filha sucessivamente. A minha convicção baseia-se nas minhas observações repetidas de que há, ano após ano, datas sinistras em que desencarnados hostis estão ativos. É impossível considerar fortuito o facto de as crianças terem sofrido no aniversário da mãe. A data do nascimento da mãe foi aquela em que o padrão de ataque foi iniciado. Parece um paradoxo que uma entidade a operar contra um fundo em grande parte intemporal ataque numa hora fixa todos os anos. O facto de assim ser faz parte da malícia essencial da operação. Acrescenta ao medo daqueles que ficam presos num padrão malévolo.

Um certo número de crianças em que a tensão, o esgotamento e a inquietação noturna estão associados a insónia são produto de partos prematuros e da precocidade inesperada do trabalho de parto, resultando na

mãe ser assistida numa casa ou cidade estranha, num hotel ou noutra forma de ambiente alienígena. Em alguns casos, o local de nascimento tinha o que, por agora, podemos chamar uma má atmosfera, que estudaremos mais adiante quando tratarmos da questão do mal e da doença. As más atmosferas em edifícios são geralmente induzidas por entidades desencarnadas que os assombram porque ainda são atraídas para a Terra pelo magnetismo da matéria. As crianças sonâmbulas nascidas contra o fundo de tais condições mostram frequentemente sintomas neuróticos.

A maioria do sonambulismo é relativamente benigna e o efeito das entidades que o provocam é apenas raramente malévolo. Na maioria dos casos de sonambulismo, o indivíduo está a receber orientação de desencarnados que pode ser protetora, como no caso do jovem exausto que se deitou sem ter trancado as janelas da casa onde vivia e que, em sono, sob a direção de um desencarnado protetor, realizou o que devia ter feito acordado. Este indivíduo altamente inteligente, que ocupava um cargo de responsabilidade, foi observado por mim em ausências temporárias semelhantes a petit mal, a falar com desencarnados.

A maioria dos casos de sonambulismo, a menos que acompanhados de grande tensão, sintomas neuróticos ou perigo para o indivíduo, é melhor deixada sem tratamento. No sono, quando o psiquismo dos jovens se separa mais facilmente da personalidade humana, está frequentemente sob a direção de desencarnados de intenção inocente. O indivíduo, com a sua personalidade quiescente no sono, levanta-se por instigação do seu psiquismo altamente percetivo e muitas vezes clarividente auditivo, para se encontrar com entidades que têm alguma mensagem a transmitir-lhe. Várias crianças sonâmbulas mostram tensão e exaustão porque foram tratadas, em termos de análise materialista, por terapeutas alheios ao facto de o sonambulismo ser uma das respostas simples e diretas a fatores psíquicos externos.

CAPÍTULO 3

POSSESSÃO BENIGNA E MALIGNA

É absolutamente necessário tratar cedo do fenómeno da possessão porque desempenha um papel considerável na psiquiatria e está ativo precocemente na vida da criança, quer esta esteja ou não destinada à neurose. Tocámos no papel que desempenha no sonambulismo, mas não podemos abordar questões mais importantes, como a da neurose obsessiva — cujas sementes são lançadas na infância —, sem uma compreensão plena da possessão ou, pelo menos, das entidades possessoras.

Sendo o psiquismo desencarnado, um dos seus principais papéis é viver em contacto com outras entidades semelhantes. Isto pode consistir meramente na comunicação entre os psiquismos de indivíduos ainda vivos ou com os dos mortos. Deve admitir-se que o fenómeno da possessão não é universalmente aceite. A sua existência era dada como certa na antiguidade clássica e na Igreja Cristã até ao século XVII — e em áreas isoladas até ao início do século XVIII. Noutras religiões, a crença na possessão nunca morreu. Nas últimas décadas, tem havido um renascimento desta crença na Igreja Cristã e o exorcismo tem sido praticado por sacerdotes de todas as denominações. Contra isto, deve dizer-se que os psiquiatras, no seu conjunto, não aceitam a existência deste fenómeno. Alguns tendem a descartar os seus sintomas como manifestações de esquizofrenia. A vasta maioria daqueles que se exprimem de forma tão dogmática nunca viu um caso de possessão ou, se viu, falhou em reconhecê-lo. Certamente não se pode atribuir todos os casos de esquizofrenia à possessão. É igualmente erróneo negar que a possessão seja responsável por uma proporção tangível de casos desta doença.

A possessão é a tomada completa de um indivíduo vivo pela psique de um ser vivo ou morto. Nada tem a ver com dominar outro pela força de vontade. Não está envolvido um choque de personalidades. A personalidade do indivíduo possuído torna-se um agente passivo da psique invasora.

Este livro é uma condensação de observação clínica e nenhuma teoria foi avançada sem ela nesta questão vital. Por isso, não posso fazer melhor do que registar as minhas experiências pessoais. Estas revelam também que, enquanto para a pessoa média a possessão tem sempre um som ominoso, há manifestações dela que são completamente benignas. Como vimos, a maioria dos casos de sonambulismo não sofre danos do próprio sonambulismo e tende apenas a desenvolver sintomas se for tratado na suposição de que a dominação parental, traumas sexuais ou dificuldades na escola são outros fatores causais.

Um dia recebi uma chamada telefónica de um conhecido cirurgião que exercia no Canadá. Estava algo constipado nesse dia e a minha voz estava correspondentemente engrossada. O cirurgião disse que eu soava como se devesse consultar um médico. Admiti uma possível toque de bronquite, mas neguei quaisquer outros sintomas, embora recentemente tivesse tido dois ou três leves ataques de angina de peito, atribuíveis às minhas artérias coronárias vulneráveis. O Sr. P. insistiu que eu devia ver um médico.

Neste ponto, a sua voz não muito canadiana foi tomada pela de um colega falecido, o Dr. C., antigo psiquiatra distinto que fora chefe da sua faculdade numa das maiores escolas médicas do mundo. Nos seus tons nasais inconfundíveis, o Dr. C. disse que não havia nada de errado nos meus pulmões ou brônquios, mas que o que eu precisava era de um novo eletrocardiograma para avaliar a minha condição cardíaca atual. Em 1968, tivera dois ataques coronários graves. Os sintomas que sofrera antes da chamada do Sr. P. eram lembretes leves. O meu suposto amigo morto disse-me que o traçado do eletrocardiograma seria como antes, mas valia a pena fazê-lo para tranquilizar a minha esposa. O eletrocardiograma foi repetido e era idêntico ao que o falecido Dr. C. previra.

Repeti esta ocorrência, para mim assombrosa, a uma amiga britânica do cirurgião Sr. P., que também fora muito amiga do Dr. C. Quando, mais tarde, recebeu uma chamada do Sr. P., ela disse casualmente, no decurso da conversa, que compreendia que ele me dera alguns conselhos sobre o meu coração e recomendara um novo eletrocardiograma. O Sr. P., um indivíduo meticuloso e altamente ético, ficou horrorizado com a sugestão. Disse que apenas notara ao telefone que eu tinha tosse e soava constipado e aconselhara-me a consultar um médico sobre isso. Ficou verdadeiramente perturbado por a mulher em questão pensar que ele, um cirurgião ortopédico, se tivesse arrogado o direito de aconselhar outro consultor sobre uma condição que rigidamente considerava fora da sua província. Não tinha ideia da intervenção do Dr. C. ao telefone nem do grau em que fora tomado. A completude da ignorância do Sr. P. sobre esta intervenção na sua vida consciente é típica de um tipo de possessão. O que foi invulgar, mas afortunado, foi que eu, em plena consciência desperta, estive presente e a ouvi. Que este exemplo de possessão tenha sido obra de uma psique é inevitável pelo facto de o Dr. C. estar morto há alguns meses antes de eu ouvir a sua voz.

Não me preocupo com a natureza metafísica exata do nosso componente imortal que sobrevive à morte. Chamo-lhe psique porque é o termo mais universalizado que encontrei para o descrever. Mais tarde, quando adquiri a

capacidade de falar, através de três indivíduos altamente psíquicos, com desencarnados, o Dr. C. confessou que o que descrevi foi um caso de possessão benigna e que, em vida, ele próprio acreditava neste fenómeno e na sua importância na psiquiatria. Isto é muito notável dada a posição eminente ocupada pelo Dr. C. em vida.

Noutra experiência, estava a falar ao telefone com uma rapariga sobre os Grandes Lagos no Canadá e a vegetação que os rodeia. Esta rapariga tinha uma voz bastante característica, com uma entoação leve e vibrações profundas. A sua voz esmoreceu subitamente e foi substituída por uma voz totalmente diferente, de tom mais alto, que me disse que eu não devia preocupar-me e que Annette, a rapariga que fizera a chamada, ficaria completamente alheia ao que acontecera. A voz interventora revelou-se então como tendo sido a mãe de Annette nesta vida e Braida de Montserver, uma herética dualista do século XIII. Interrompera para dizer que uma mulher nas proximidades estava agudamente deprimida e exausta e precisava da minha ajuda, da qual se beneficiaria grandemente.

Mais tarde, a voz esmoreceu e foi substituída pela de Annette, que retomou a conversa sobre os Grandes Lagos e a cor das folhas no outono como se nada tivesse acontecido. Mal podia deixar de agir segundo a declaração do desencarnado, nem que fosse para testar a sua veracidade. Dirigi-me à casa da mulher que ela mencionara e encontrei-a tão desesperadamente deprimida e agitada como a voz descrevera. Sinto-me seguro de que o facto de ter podido ajudá-la não se deveu ao meu mérito intrínseco, mas a uma questão de oportunidade. Devido à intervenção desencarnada, cheguei no momento em que mais era necessário.

É possível para o racionalista dizer que certamente a mulher deprimida existia e beneficiou das minhas intervenções e que certamente fui instigado a ir por uma intuição avassaladora que tomei erroneamente por uma voz. Devo salientar que a minha vida foi passada a diferenciar entre alucinações e delírios, por um lado, e realidade, por outro. A voz era tão clara como a de um ser vivo a falar na mesma sala. Além disso, pode-se argumentar seriamente que o que descrevi foi uma experiência alucinatória patológica quando a informação dada pela voz se provou exata em todos os pormenores?

Um dia estava a observar uma mulher que tinha um inchaço na parte de trás da cabeça como resultado de uma queda grave, que concluí ser atribuível à síndrome de Ménière, a que sabia que a mulher estava sujeita. Esta condição caracteriza-se por sensação de natação na cabeça, tonturas em que o mundo parece rodar, perda de equilíbrio, quedas súbitas, juntamente com ruídos,

muitas vezes excruciantes, na cabeça. Satisfiz-me quanto ao diagnóstico e à causa da queda e recebia os seus agradecimentos em inglês padrão quando a voz altamente nasal do Dr. C. interveio para dizer que a queda não se devia à síndrome de Ménière, mas ao facto de ela ter perdido a consciência e caído num ataque grave de espasmo coronário.

Em mais do que uma ocasião futura, pude vê-la num tal ataque e outro consultor que a visitava socialmente confirmou que, na sua presença, ela tivera um ataque tão grave que ele se perguntou se não teria tido uma trombose coronária completa em vez de um espasmo. A paciente não tinha consciência de que eu recebera esta comunicação do Dr. C. Não reconheceu que houvera qualquer interrupção na consciência. Isto não é mediunidade porque o médium, mesmo que não deseje ou contrarie o contacto com os desencarnados, oferece-se no entanto, no melhor dos casos passivamente, para esse fim. Está também comumente consciente, ao emergir dele, de que esteve em transe. O instrumento da possessão benigna, pelo contrário, não tem consciência de ter sido usado desta maneira.

Numa outra forma de possessão benigna, um indivíduo de constituição fortemente psíquica é tomado por uma entidade desencarnada que deseja comunicar a uma terceira pessoa informações sobre as suas vidas passadas. Isto aconteceu mais do que uma vez a uma jovem marcadamente psíquica. A primeira vez foi quando falhou um encontro comigo em Bath porque o seu carro avariou em Stow-on-the-Wold. Quando chegou à casa da sua anfitriã, telefonou-me e disse que lhe fora dito para o fazer pela sua mãe morta, com quem estava em comunicação regular, porque esta me conhecera numa vida passada. Esta troca entre mãe e filha não era possessão, mas comunicação direta. A rapariga mal começara a falar quando desligou para me dar pormenores de um sacramento praticado pelos cátaros heréticos do século XIII no Languedoque, chamado

Consolamentum, bem como pormenores de orações e rituais heréticos que não poderia ter adquirido nesta vida por leitura ou por boca. Recordou também itens do treino que recebera para se tornar uma sacerdotisa cátara, uma esperança que não cumpriu. Recordou ainda o nome da batalha de Muret, travada em 1213 entre, de um lado, as forças combinadas do herético Raimundo VI de Toulouse e do católico Pedro de Aragão contra os cruzados de de Montfort. Tudo isto estava totalmente fora do alcance cultural da rapariga em questão, que não tinha inclinação nem conhecimento de história, quanto mais da de França, e que simplesmente não estava dotada para estudar rituais agora

obscuros de uma heresia que, para fins práticos, desapareceu da vista no século XIII.

Enquanto a rapariga estava envolvida nesta chamada telefónica, que durou pouco menos de três quartos de hora mas que foi essencialmente fora do tempo, a sua anfitriã estava fora a cumprir um compromisso social. Quando regressou, teve dificuldade em impedir a convidada de me telefonar. A rapariga não fazia ideia de que me tinha falado. Tudo o que recordava era que a mãe lhe dissera para o fazer. Tinha sido tomada, como descobri mais tarde através de fontes psíquicas vivas e desencarnadas, por um bispo herético chamado Guilhabert de Castres. O objetivo da operação era provar-me que a rapariga em questão era mais uma do grupo de dualistas reencarnados do qual eu fazia parte. Deve notar-se que ela recordou o nome da batalha de Muret na véspera deste contacto. Como veremos mais adiante, um certo tipo de fenómeno de aniversário (vide o rapaz e a rapariga que fraturaram um osso do pé no aniversário da mãe) é uma característica da possessão.

Um dia, a mesma rapariga telefonou-me do Canadá. Sabia que ela recordava ter sido, numa encarnação napoleónica, prisioneira de guerra no Castelo de Portchester, em Hampshire. Perguntei-lhe se se lembrava de muito da sua vida lá. Recordava muito pouco, após o que, sem pausa para respirar, deu-me uma descrição detalhada de cinquenta minutos dos seus companheiros de prisão, dos seus hábitos, das suas crenças, das características de um respeitado capitão de mar e do tratamento brutal dado a um fugitivo. Registei a duração da chamada porque me pesava na consciência que ela estivesse a gastar tanto dinheiro. Ao mesmo tempo, sentia que seria prejudicial interromper o seu fluxo de recordação.

Na manhã seguinte, telefonou-me para se desculpar por ter falado tão brevemente e por ter terminado a chamada de forma tão abrupta. Perguntei-lhe quanto tempo pensava ter falado. Achava que dez minutos. Tinha sido tomada por dois companheiros de prisão, ambos novamente membros do grupo de dualistas reencarnados que mencionei anteriormente. Neste livro não posso repetir a prova volumosa da veracidade dos fenómenos que descrevo, incluindo a evidência de que alguns dos sujeitos de que falo se recordavam das suas encarnações anteriores. Alguns dos livros que escrevi anteriormente servem a função de coleções de notas de casos. Neste capítulo, preocupa-se primordialmente com a realidade da possessão e a sua relação com a doença.

É ainda mais difícil duvidar da realidade do meu próximo exemplo, que é de possessão longe de benigna. Pouco tempo antes, uma médica pedira-me se eu estaria disposto a ler algo que ela escrevera sobre a influência do lugar no

nascimento das crianças. Disse que estaria interessado e pedi-lhe que mo enviasse pelo correio. Não chegou e, passado algum tempo, a autora telefonou-me. Aconteceu que a minha esposa, que estava no andar de cima, levantou o auscultador no primeiro andar exatamente ao mesmo tempo que eu atendi no rés do chão. A médica, que tinha uma voz inconfundivelmente grave, só teve tempo de dizer o nome quando outra voz, mais aguda, interveio, exigindo o que eu tinha feito ao seu manuscrito.

Tanto a minha esposa como eu, em auscultadores diferentes, reconhecemos esta como a voz de um indivíduo que mantinha uma hostilidade maligna e ilógica em relação a um amigo comum à médica e a mim. Depois de a voz aguda e acusatória se ter esmorecido, falei com a médica. Ela estava totalmente alheia a qualquer intervenção e a ter sido tomada. O seu único comentário foi que ouvira o auscultador ser levantado e se perguntara por que demorara tanto a atender. O facto de a minha esposa, noutra divisão, ter ouvido a voz interventora tão claramente como eu mostra que não fui vítima de uma experiência alucinatória.

Há algum denominador comum fundamental nos exemplos principalmente inofensivos de possessão que citei? Uma coisa sobressai acima de tudo: a natureza de fração de segundo da intervenção da entidade possessora. Não há preparação antes da tomada. Deve notar-se que, nos casos citados, não há qualquer consciência por parte do sujeito de ter sido tomado. Isto ocorre onde não resulta mal algum do ato de possessão. O quadro é diferente quando esta é um fator primário na etiologia da doença.

O caso mais indubitável de possessão que encontrei foi o da rapariga Annette, que sofreu desta forma no final dos seus vinte anos. Os fatores predisponentes eram típicos — nos casos graves de possessão, frequentemente precedidos por estados de exaustão profunda induzidos por doença física grave ou tensão intolerável, principalmente a primeira. Ainda nos seus vinte anos, esta rapariga sofrera de apêndice perfurado, seguido de peritonite tão grave que foi dada como morta. No estado de coma em que entrara, teve uma embolia pulmonar, uma condição rara numa mulher nos seus vinte anos, juntamente com um pulmão colapsado.

As autoridades da clínica consideraram-na em declínio e está registada nos seus arquivos como uma recuperação milagrosa. Durante a convalescença, uma anemia obstinada revelou-se uma condição rara chamada anemia esplénica, pela qual o baço lhe foi eventualmente removido. Deve notar-se também que, telescopados neste período de grave doença física, ocorreram três acidentes

ortopédicos: uma fratura de Pott da tíbia e fíbula e ruturas dos ligamentos do tornozelo tão graves que exigiram engessamento e o uso de muletas.

A remoção do baço envolveu uma operação prolongada, no decurso da qual ela entrou em colapso e o seu coração precisou de reanimação. Alguns dias depois, ao longo de dois dias, passou a um estado de excitação antinatural em que, de forma totalmente injustificada, exprimiu o seu desprezo por aqueles que tinham sido responsáveis pelos seus cuidados nas várias doenças. Esta atitude era completamente incompatível com o seu carácter aberto e cativante. Todas as enfermeiras das diferentes unidades médicas que frequentara durante a sua saga patológica ficaram muito atraídas por ela. O clímax foi atingido quando exprimiu a determinação de regressar a Inglaterra com os pontos ainda por retirar após a remoção do baço.

Telefonou-me um dia ao meio-dia para me informar da sua decisão e indicou que todos os que a assistiam eram incompetentes idiotas. Escapei a esta classificação com um diagnóstico de quase-senilidade. Em termos simples, era um ser diferente da rapariga que eu conhecera anteriormente. Menos de três horas depois, telefonou-me novamente. O efeito, mesmo numa pessoa da minha longa experiência, foi devastador. Era como se tivesse mudado de identidade outra vez. A exortação anterior, antinatural e vituperativa, pertencia a outro indivíduo. Estava nas profundezas de uma depressão tão intensa como alguma vez encontrei. A sua voz era quase inaudível e a sua autoacusação agonizante, comunicada em sussurro, era de fazer tremer. Era má, contaminada e inapta para conviver com os outros. Isto ia além da autoacusação comum do depressivo agitado. Reunindo a história mais tarde, era como se tivesse perdido o seu psiquismo, como se, totalmente sem direção num mundo vazio, estivesse ao mesmo tempo agonizada e obliterada.

Fiquei horrorizado com a rapidez sem precedentes da sua descida — não apenas à depressão, mas ao que São João da Cruz bem poderia ter chamado a noite escura da alma. Considerei-a agudamente suicida e senti-me intensamente aliviado mais tarde ao receber uma chamada do psiquiatra que fora chamado para a ver durante a sua fase prevalecente de excitação. Concordou comigo que nunca encontrara na sua vida uma descida tão rápida a um estado de depressão, que considerava o pior que alguma vez vira. Hesitei inicialmente em exprimir-me francamente, mas decidi que estaria a falhar a doente se o omitisse. Disse-lhe que um diagnóstico de manual seria uma descida invulgarmente rápida do estado exaltado para o depressivo numa psicose maníaco-depressiva, mas acrescentei que nunca vira um mergulho tão vertiginoso, que nunca veria, e que um diagnóstico de psicose maníaco-depressiva ou de qualquer outra categoria

psiquiátrica não se adequava à condição. Disse-lhe que, na minha opinião, este era um caso de possessão e fiquei espantado ao verificar que ele concordava comigo. Não esperava encontrar um médico numa civilização relativamente nova e materialista com tais opiniões. Deu a Annette terapia eletroconvulsiva nesse mesmo dia e ela recuperou após um curto mas intensivo curso deste tratamento.

Aqui temos novamente o fator de fração de segundo que notámos na possessão, quer benigna quer não. O interlúdio abusivo que exibiu antes do início da depressão explodiu como um foguete, para espanto das enfermeiras e médicos. Esta foi uma forma de possessão. O mergulho súbito no inferno puro foi um exemplo de uma invasão mais maligna. Durante o tempo em que lutava com esta entidade, foi-lhe permitido falar comigo e transmitiu o seu sentido desesperado da própria pecaminosidade e de ser um contaminante para os outros. Na realidade, as outras pessoas achavam-na encantadora, não porque possuísse atributos físicos especialmente marcantes, mas por causa da bondade que parecia irradiar dela. Como veremos mais adiante, é este tipo de pessoa com a capacidade de emanar a energia da bondade que atua como um íman para entidades malignas, bem como para a força geral do mal.

Embora, no auge da sua doença, mal pudesse fazer mais do que sussurrar avisos sobre a sua própria pecaminosidade, quando entrou em convalescença foi calmamente mas inabalavelmente insistente em que «algo entrara nela». Não era apenas que «não era ela mesma». Disse que algo certamente não era ela estava a falar e a agir por ela.

O argumento racionalista de que qualquer depressão profunda é acompanhada por autoacusação é-me conhecido e aceite há meio século. Simplesmente não explica a depressão e a autoacusação neste caso devido à velocidade de navalha com que estes sintomas terríveis foram induzidos. Uma depressão e autoacusação com metade da intensidade do que foi mostrado neste caso exigiriam, numa condição maníaco-depressiva comum, pelo menos meses para se construírem. Deve também notar-se que, uma vez que a doente emergiu da depressão, a recuperação foi muito mais rápida do que nas categorias depressivas aceites pelos psiquiatras contemporâneos.

A consciência da doente da entidade invasora é um dos fatores mais cruciais no diagnóstico da possessão. Esta é uma das principais características que distinguem a possessão maligna da benigna. Annette, quando já estava bem encaminhada na recuperação da doença, conseguiu dizer que «algo» entrara nela. Admitiu que este «algo» instigara duas tentativas de suicídio que fizera em diferentes episódios de possessão depressiva. Ambas foram tentativas

determinadas. Numa, agarrou um punhado de comprimidos sedativos e na outra cortou os pulsos com tal determinação que requereu tratamento cirúrgico para reparação de tendões seccionados. Admitiu mais tarde que «algo» lhe dissera para o fazer. Esta consciência por parte da doente de estar possuída é maior nas primeiras fases da convalescença do que no auge da perturbação. Pode ser que este atraso seja condicionado pela incapacidade da doente de comunicar quando a depressão está no seu ponto mais intenso.

O suicídio é obviamente um risco major em casos claros de depressão devida a possessão. Há casos de autodestruição determinada em que a possessão é a única explicação racional. Recordo particularmente o caso de uma rapariga que fui chamado a ver numa enfermaria cirúrgica, para onde fora levada porque cortara a garganta de orelha a orelha. A sua vida estava em perigo e chamar um psiquiatra nesta fase teria sido académico. Vi-a quando se recuperara da cirurgia bem-sucedida praticada nela. Não consegui encontrar qualquer vestígio de causa predisponente ou precipitante para a sua ação. Ela própria estava sem palavras para a explicar. «Algo simplesmente apoderou-se de mim.» Não consegui encontrar nada na sua educação, história familiar ou condição matrimonial que explicasse a sua ação. Nem, aliás, ela. Fiquei impressionado com a ferocidade da sua tentativa de autodestruição.

Nos dias de hoje, o suicídio por sobredosagem de drogas nocivas é mais conveniente e, se pudermos usar tal termo num contexto tão trágico, menos horrível. Por isso, garanti que a doente viesse consultar-me no departamento de ambulatório na primeira data disponível. Continuei a supervisioná-la durante dois ou três anos. Absolutamente nada de novo surgiu. Tudo o que me restou foi o retrato de uma extrovertida natural e espontânea, com uma tendência inata para comunicar com os outros, cuja bondade natural era óbvia para todos os que a conheciam e que era uma daquelas pessoas na companhia das quais as pessoas se sentem automaticamente melhor. A ideia de que ela alguma vez pudesse ter sofrido de uma doença depressiva de tal magnitude nunca passaria pela mente de um indivíduo médio que a encontrasse sem conhecer o seu historial.

Olhando retrospetivamente para este caso, que data de um período anterior a eu me tornar consciente de tais possibilidades, diria que a possessão foi a única explicação para o seu ato suicida.

A consciência de uma entidade possessora foi bem exemplificada no caso de uma rapariga admitida sob os meus cuidados num estado intensamente deprimido. Havia um historial anterior de ela ter fugido de casa em várias ocasiões e regressado após períodos curtos e variáveis. Era demasiado fácil ver

nestes dados uma Hiper reação histérica a ninharias ou construir uma hipótese de obtusidade parental. A doente não tinha qualquer histeria na sua composição. A explicação era que, quando fugia, não era da mãe, mas de uma entidade que procurava possuí-la. Ninguém, incluindo eu próprio, estava consciente disso na altura. Éramos demasiado psiquiátricos para sermos realistas. Quando fugia de casa, ia sempre ao topo da colina mais próxima. Precisava de estar o mais perto possível da vida no sol; isto é, em termos dualistas, o mais longe possível da escuridão e do mal.

Considerando a rapidez esmagadora e a intensidade das suas depressões, ela recuperava, novamente de forma característica, notavelmente depressa. Durante o tratamento, regrediu — não para estupor ou quase-estupor —, mas para um estado de infantilismo. Encontrava-se nesse estado num dia e, no dia seguinte, progrediu para algo como os onze ou doze anos de idade, ocupando-se a desenhar desenhos primitivos. Estes eram sempre do sol com raios a emanar dele. Sem o saber, estava a auxiliar a sua recuperação celebrando a sua fuga para a luz e o sol, longe das forças das trevas. No dia seguinte estava completamente recuperada e enfrentava o futuro com uma sobriedade gélida. Disse-me que estava perfeitamente bem, mas perguntou-me se «Aquilo» voltaria. Disse que não tinha problemas para enfrentar. Pode parecer paradoxal dizer que, basicamente, era uma pessoa feliz e, em termos estritamente psicológicos, infinitamente mais equilibrada do que a maioria. Disse, com grande gratidão pelos meus serviços mínimos recentes, que não precisava de ajuda. Era simplesmente uma questão de saber se «Aquilo» a visitaria novamente. Disse que era impossível eu compreender quão horrível era quando «Aquilo» vinha possuí-la.

Outra característica importante da depressão produzida por possessão é uma quase total incapacidade de comunicar. Em muitos casos graves de depressão de qualquer tipo, o doente pode estar retardado e os seus processos mentais abrandados ao ponto de só conseguir encadear frases com a maior dificuldade. Muitas vezes é incapaz de formular perguntas por sua conta. Tais handicaps não são nada comparados com o estado de quase-estupor que aflige os deprimidos por possessão. O melhor que se pode esperar nesta fase da doença são frases como «Não sei». Outros doentes tornam-se completamente estupefactos, não respondendo a perguntas e recusando comida e bebida. Tais estados de estupor são frequentemente tentativas prolongadas de suicídio instigadas pelas entidades possessoras. O doente está a retirar-se da vida. Isto faz-se — uso o pronome feminino porque só encontrei este estado em mulheres — seja ao ponto de cessar a comunicação verbal com o mundo, seja passando por todos os graus de retraimento que culminam na recusa de comida e bebida,

instigada por impulsos suicidas implantados na mente da vítima pela entidade possessora.

Um estado estupefacto ou semiestupefacto grave não implica necessariamente inércia muscular completa por parte do doente. Certamente há aqueles que têm de ser arrastados de um lado para o outro, que parecem incapazes de andar e aparentam estar paralisados da cintura para baixo. Por outro lado, o estupor, com bloqueio verbal completo e incapacidade de se mover, pode ser acompanhado por contrações violentas da cabeça, pescoço, membros e corpo, como se a vítima tentasse fisicamente, apesar do seu estado de parésia *(fraqueza parcial dos músculos),* repelir uma entidade invasora.

O objetivo inteiro da possessão maligna, e de facto da força generalizada do mal distinta do uso de entidades malignas como seu veículo, é induzir culpa na mente da vítima. Esta nunca é uma intensificação de culpa por pecados graves cometidos pelo doente, porque este é invariavelmente conspicuamente bom. Além disso, tem de ser altamente psíquico. Sem esta qualificação indesejada, não seria vulnerável a psiques hostis. Adicionalmente, tem de ser um emanador de bondade. Sem esta última capacidade, não seria, como veremos mais adiante, capaz de atrair as vibrações hostis de entidades malignas. É um conceito ficcional conveniente que, de uma forma ou de outra, os indivíduos pagam nesta vida pelos horrores que cometeram, mas, na realidade, habitualmente não pagam.

O criminoso não pode dar-se ao luxo do desconforto de uma consciência, caso contrário deixaria de transgredir. Os naturalmente e verdadeiramente maus não se consideram como tal porque, se o fizessem, a vida tornar-se-ia insuportável para eles. No campo da psiquiatria, são essencialmente os inocentes que mais sofrem de culpa. Isto aplica-se com grande força ao psíquico altamente desenvolvido que emana bondade no plano psíquico e é bombardeado por entidades malignas.

Com o passar do tempo, mais evidências quanto à natureza da possessão foram fornecidas por Annette. O seu estado exaltado e abusivo irrompeu sem aviso a 8 de novembro. A sua queda vertical para a depressão ocorreu no dia 10. No ano seguinte, a catástrofe repetiu-se. A sincronia era impressionante. Mais uma vez, a segunda semana de novembro foi um período de pesadelo. A única diferença foi que não houve exaltação abusiva preliminar. Mergulhou de cabeça no dia 8 num estado monossilábico, intensamente autocrítico, praticamente equivalente a um estupor. Mais uma vez foi necessária terapia eletroconvulsiva. Desde o seu primeiro ataque de depressão por possessão, sofreu cinco episódios semelhantes, três dos quais se mantiveram num calendário sinistro

envolvendo sintomas súbitos e desesperados nos dias fatídicos da segunda semana de novembro. Mais tarde tornou-se claro que havia dois períodos do ano durante os quais era especialmente vulnerável a ataques desta natureza. A segunda semana de fevereiro era quase tão letal como o período correspondente em novembro.

Outro fator que permite reconhecer que, em casos como o de Annette, estamos a lidar com possessão e não com doenças classificáveis sob rubricas mais ortodoxas é que, se o doente escapa a um ataque depressivo, torna-se propenso a desastres de outro tipo, como acidentes e doenças físicas nos mesmos dias inauspiciosos ou durante períodos igualmente fatídicos de dois ou três dias. Isto foi abundantemente e terrivelmente demonstrado no caso de Annette, que por várias vezes se envolveu em acidentes graves em fevereiro. Parecia que novembro era o mês de eleição para a sua depressão, mas que na segunda semana de fevereiro lhe era oferecida a alternativa de acidentes perigosos.

Num destes, um dos ocupantes do carro em que viajava morreu. Noutro, um companheiro de viagem sofreu fratura grave do crânio e a sua vida esteve em perigo durante dias. Nesta ocasião, a própria Annette foi internada com concussão grave. Também rompera uma veia no pé. Esta saga de desastres para si e para outros do seu conhecimento tinha um contragolpe venenoso durante os períodos de depressão de Annette. Nestes, nos seus episódios de possessão, considerava-se um pássaro de mau agouro destinado a trazer tragédia aos outros. A sua propensão a acidentes dava algum tipo de apoio lógico à sua visão totalmente equivocada de si mesma.

Não pode haver dúvida de que existe uma tendência para a possessão se repetir à mesma hora, não necessariamente todos os anos, mas durante os anos em que este fenómeno está em operação. Estes mergulhos fulminantes para uma depressão abjeta podem ocorrer no mesmo dia que nos anos anteriores, embora o período de vulnerabilidade possa durar alguns dias, uma semana ou mesmo quinze dias, mas em nenhuma destas circunstâncias estes fenómenos podem ser considerados da mesma natureza que as depressões sazonais comuns bem conhecidas do psiquiatra. Uma pessoa sujeita a depressões de primavera e outono pode afundar-se regularmente nestas estações, mas nunca conheci um caso de depressão sazonal pura, não contaminada por possessão, em que se pudesse dizer que se devia estar preparado para receber o doente no dia 15 de março ou na véspera de 21 de outubro.

No que diz respeito à depressão, pode-se justificar citar T.S. Eliot dizendo que abril é o mês mais cruel, mas não encontrei nenhum doente com depressão

puramente sazonal em que pudesse dizer com certeza que estaria deprimido ao ponto de merecer tratamento elétrico a 10 de abril. Quando se consegue pinpointar dias fatais ou pares de dias, como no caso de Annette, podemos ter a certeza de que estamos a lidar com possessão. Por vezes há um desvio cósmico e o alvo sofre um assalto físico na forma de um acidente em vez de uma perturbação psiquiátrica. Este aspeto do fenómeno de aniversário já vimos ilustrado no irmão e na irmã que sonambulavam e sofriam a mesma fratura do pé em anos sucessivos.

No entanto, um fator sazonal, distinto de um precisamente aniversarial, opera em casos de possessão. Há alturas do ano em que parece mais propenso a ocorrer do que noutras. Novembro e dezembro estão entre os meses mais comuns para a sua operação. As pessoas propensas a possessão nestes períodos são aquelas afetadas pelas vibrações da luz moribunda em novembro e pelos dias mais completamente sem luz de dezembro. A crença de que este fator sazonal tende à possessão reflete-se na tradição antiga. A noite de Halloween, 31 de outubro, isto é, a véspera de novembro, é a noite em que os vulneráveis são advertidos para estarem atentos aos maus espíritos à solta. É também tradicional que as entidades possessoras estejam ativas por volta do solstício de inverno. A incidência sazonal na possessão não pode ser preponderante porque temos de admitir que neste fenómeno estamos a lidar com psiques de vivos tanto como de mortos. Há abundante evidência de que psiques manchadas dos vivos podem estar envolvidas na possessão e na indução de estados obsessivos e depressivos.

As pessoas propensas a estes ataques catastróficos de depressão devidos a possessão mostram frequentemente sinais menores mas significativos do mesmo processo na sua pré-história. Annette mostrou tais sinais muito ocasionalmente antes do seu primeiro ataque de depressão, embora se deva admitir que não vi o significado destes até que o fenómeno completo da possessão tivesse sido revelado. Uma ou duas vezes surpreendeu-me, no meio de uma conversa interessante, pacífica e encantadora, com explosões súbitas, talvez de um minuto, não só irrelevantes mas completamente inexplicáveis de vitupério, dirigidas contra pessoas a quem eu sabia que ela era devotada. Interrompeu um relato entusiástico das virtudes de uma amiga para me perguntar subitamente se a mulher em questão era louca. Disse que certamente eu considerava que ela era estúpida. Em segundos retomou o seu anterior elogio à amiga. Em várias ocasiões, o padrão de uma conversa encantadora e até terna foi interrompido por denigrações vis e, claro, infundadas de pessoas de quem ela gostava profundamente. Tinha outro alvo humano favorito, só visado por

questão de segundos talvez duas ou três vezes por ano, a quem era profundamente apegada mas a quem acusava sem causa de preguiça e avareza.

Estas não eram, de forma alguma, sintomas de dissociação esquizofrénica porque, embora o esquizofrénico, particularmente na fase catatónica, possa entregar-se a explosões súbitas de violência ou comportamento bizarro, estas nunca são tão momentâneas como as interjeições verbais que descrevo, para além de que a condição esquizoide de longa data é evidente no comportamento geral do doente, ao passo que as infelicidades verbais descritas ocorrem contra um fundo de completa normalidade. Este lapso momentâneo para um abuso completamente inesperado e irrelevante daqueles que o doente ama é uma manifestação obsessiva equivalente a um ato compulsivo, como tocar em cada terceiro corrimão ou evitar pisar nas fendas do pavimento.

Um dos motivos mais conscientes por detrás de tais atos é o alívio da tensão. O doente sente que, a menos que execute o seu ritual particular, no mínimo a sua tensão aumentará e, no pior dos casos, algo horrível lhe acontecerá. Quando pessoas como Annette lançam insultos súbitos e ferinos àqueles que amam, é muitas vezes devido à influência do fator obsessivo, nomeadamente o medo de que algo indesejado lhes aconteça se não executarem este ritual doloroso, repugnante mas relaxante. Ao mesmo tempo, esta forma particular de ação compulsiva funde-se com a possessão. Se a doente está consciente da sua luta interior para se abster de proferir este abuso mais que gratuito, o fenómeno é principalmente obsessivo. Se está totalmente alheia ao que está a dizer, então estamos perante um caso franco, ainda que menor, de possessão. Em qualquer caso, é importante notar a relação entre tendências obsessivas e possessão. Este é um tema maior a que devo regressar regularmente neste livro. Entretanto, devo apontar outro fenómeno induzido pela possessão e relacionado com uma síndrome de doença diferente.

Numa ocasião, Annette estava em conversa com um médico distinto que a tratara numa das suas inúmeras doenças físicas. Passou, em segundos, do seu encanto natural e despretensioso para um estado em que, durante o espaço de um minuto, encadeou a coleção mais vil de palavras de quatro letras que o médico alguma vez ouvira. Exprimiu-se em várias línguas. Ela só conhece inglês. O episódio terminou em não mais de um minuto. O médico, que não era psiquiatra, não teve a menor dúvida de que ela estava possuída.

Este jorro de biologia básica de Annette é análogo ao que ocorre em doentes adolescentes levados a clínicas infantis sofrendo do que antigamente se chamava dança de São Vito ou coreia e que hoje se conhece como tiques obsessivos. Nestes, a criança sofre de contrações incontroláveis, geralmente da

cabeça, pescoço e ombros. Uma proporção destas crianças era um grande embaraço para os seus pais respeitáveis na era em que a palavra de quatro letras não era moeda corrente. Sem provocação aparente, razoáveis e relaxadas, estas crianças eram propensas a explodir subitamente em linguagem obscena sem qualquer relevância para os tópicos de conversa imediatamente anteriores. Aqui temos novamente uma síndrome obsessiva possessiva. Em alguns casos, o doente está consciente de ceder a um impulso obsessivo. Noutros, está possuído. Quer esta manifestação particular deva ser chamada obsessiva ou devida à possessão, o facto básico permanece: as duas condições estão aliadas uma à outra.

Coloca-se a questão de saber se aqueles sujeitos aos aspetos mais graves da possessão na vida adulta mostram sinais obsessivos na infância. A resposta é afirmativa. Alguns mostram rituais obsessivos, como recusar-se a deitar sem arrumar os sapatos e as roupas segundo um certo padrão. Veremos mais adiante que os rituais obsessivos começam como reflexos protetores contra o mal, quer na forma de entidades desencarnadas, quer quando manifestado como uma força geral.

Todos os indivíduos que sofrem de possessão nas suas diferentes formas são psíquicos. Mostram claramente no seu historial uma capacidade para precognição, clarividência, telepatia e, em alguns casos, memória remota. Não poderia ser de outra forma, dado que só o psiquismo desenvolvido — capaz de se separar da personalidade — é atacado por uma entidade que procura possuí-lo. A personalidade egocêntrica da vítima torna-se subserviente à psique invasora, mas apenas porque o psiquismo do indivíduo escravizado já sucumbiu. Isto de modo algum implica que os psíquicos sejam inevitavelmente propensos à possessão. Muitos psíquicos são pessoas ulta estáveis e dotadas de resiliência excessiva para atrair a atenção de entidades hostis.

Muito depende da idade em que o indivíduo toma consciência de, ou mais importante, aceita possuir dons psíquicos. A aceitação precoce dota o indivíduo de resistência à possessão. Esta também é mais propensa a ocorrer após doenças debilitantes prolongadas, como tifoide e cólera. Como estas são pouco vistas hoje em dia, o risco é menor, mas uma sucessão de doenças físicas graves pode ajudar a precipitar um ataque de possessão, embora apenas numa minoria predisposta. Quando a atividade psíquica se manifesta subitamente e o desenvolvimento ocorre com rapidez excessiva em pessoas não totalmente estáveis, há algum risco de possessão. Mudar de níveis de consciência demasiado depressa é sempre um perigo. Isto aplica-se não só às pessoas que passam, no curso da natureza, da personalidade ao plano psíquico, mas também

àquelas em quem estados superiores de consciência são induzidos com velocidade excessiva por guias e gurus demasiado ambiciosos, por uma razão ou outra, quanto ao desenvolvimento espiritual apressado dos seus discípulos. O que foi esvaziado em nome da mente única pode ser preenchido pelos sete demónios bíblicos.

De um modo geral, a possessão não é uma ameaça grave para o psíquico. Há uma diferença abissal entre a incidência da possessão entre os psíquicos e nos afetados por doença psiquiátrica. Como indiquei, a ideia de que potencialidades psíquicas predispõem à doença mental é insustentável.

Pode o psíquico, sobretudo quando está em rápido desenvolvimento, proteger-se contra a possessão? É importante que evite exaustão mental e física prolongada e viva segundo um regime o mais higiénico possível, na companhia de pessoas não neuróticas e, acima de tudo, não odiosas. Deve também evitar contacto com transmissores humanos de mal. Estes são raros e muito menos comuns que desencarnados malévolos. Felizmente, muitos casos de possessão têm uma base sazonal. É, pois, possível antecipar o seu início prescrevendo ao doente regimes tranquilizantes ou antidepressivos adequados a iniciar uma ou duas semanas antes da data prevista de início. Uma questão aparentemente trivial mas por vezes importante é que, em alguns predispostos à possessão, quando o processo está iminente, uma dose modesta de álcool pode deslocar o nível de consciência o suficiente para facilitar a entrada de entidades hostis. Os indivíduos psíquicos estão muitas vezes conscientes de grandes variações na sua tolerância ao álcool em certos momentos.

É possível que um psíquico desencadeie noutro uma espécie de cadeia de possessão. Isto é particularmente assim quando os indivíduos em causa estiveram associados em encarnações passadas. Uma mulher chamada Kathleen estava completamente exausta após uma vida de cão e gato com um marido difícil, excessiva e friamente viciado no sexo oposto. Apesar da sua exaustão mental e física, mantinha o seu encanto e a capacidade de divertir. Foi convidada a ficar com amigos que sentiam ter tanto a ganhar com a sua companhia como ela com a deles. Infelizmente, os amigos adoeceram. O marido desenvolveu uma trombose coronária e, no processo de o tratar, a esposa contraiu uma inflamação do plexo braquial, a rede de nervos situada na axila. A neurite nesta área é particularmente agonizante. Kathleen suportou os seus deveres acrescidos com consciência e fortaleza. Foi uma torre de força para os dois inválidos que — sem ela — teriam sucumbido em casa e teriam tido de ir para o hospital.

Subitamente, Kathleen passou do encanto constante, simpatia e ternura intuitiva para comentários viperinos sobre pessoas que não faziam qualquer esforço para se ajudarem a si próprias e que magnificavam os seus sintomas — uma afirmação selvagem, dado que o marido tivera uma condição grave e a esposa uma dor agonizante. Estes jorros de veneno operavam apenas por alguns segundos, após os quais Kathleen ficava horrorizada e bastante lastimosamente contrita. Permaneceu propensa a estes surtos momentâneos durante alguns dias, após os quais a duração se tornou maior. Quando o episódio terminou, Kathleen, uma mulher altamente inteligente com uma perspicácia penetrante quanto aos seus próprios motivos e aos caracteres alheios, disse-me estar completamente convencida de que algo que não era ela entrara nela, que estava qual escrava sujeita a isso e que era responsável por estas declarações farpadas e maliciosas de que se sentia tão amargamente envergonhada.

Eventos subsequentes aumentaram a nossa compreensão da condição de Kathleen. A mãe de uma amiga, com fortes tendências paranoides, teve, por razões financeiras, de ser transferida do seu lar de repouso luxuoso para um estabelecimento menos pretensioso. Conseguira permanecer neste último mais tempo do que parecia possível graças aos sacrifícios financeiros da filha. A mãe, como seria de esperar pelo seu estado psiquiátrico, desempenhava o papel de velha rejeitada e enferma perseguida e levada à pobreza pela filha rapaz. Esta, que se devotara aos cuidados da mãe e fizera inumeráveis sacrifícios por ela, encarava com pavor a transferência iminente. Para sua surpresa, a mãe comportou-se como um anjo e exprimiu satisfação com o ambiente mais modesto. Eu não teria pensado isso possível.

Considerava que o resultado certo da mudança de local seria uma intensificação das suas tendências paranoides. A explicação surgiu em breve. A mais de cem quilómetros de distância, Kathleen regressara, no dia da transferência da velha senhora, à sua dolorosa propensão a explosões de abuso grosseiro e insensível. O seu psiquismo absorvera para si o psiquismo que anteriormente possuía a mãe da amiga. Esta tornara-se, num instante, inacreditavelmente benigna. Uma mudança tão instantânea e mantida para melhor num paranoia anormalmente desconfiada e cronicamente iludida simplesmente não é explicável em termos da psiquiatria contemporânea. A mulher em questão tinha mais de setenta anos e há muito passara a idade em que se poderia esperar um aumento de insight quanto à sua própria condição. Kathleen era evidentemente uma dessas pessoas abençoadas, ou infelizes de nascença — leia-se como quiser —, que atuam como condutores de descarga para o mal dos outros.

Kathleen manifestou as suas funções de para-raios noutras ocasiões. Uma vez no Canadá, Annette passava por um período em que os seus surtos fulminantes de veneno se manifestavam durante um período invulgarmente longo. Pararam subitamente e ela permaneceu ininterruptamente durante muito tempo num estado em que era encantadora e constantemente prestável para os outros. Este período coincidiu exatamente com o regresso de Kathleen na Europa a um abuso ácido, não provocado e implacável de pessoas de quem gostava. Deve dizer-se que, além de terem partilhado várias encarnações, Kathleen e Annette se tinham encontrado nesta vida em duas ou três ocasiões e se tinham tornado muito apegadas uma à outra. O laço psíquico entre Kathleen e a filha da mãe paranoide, por um lado, e Annette, por outro, permitiu-lhe partilhar a sua vulnerabilidade à mesma entidade possessora e aceitar o seu domínio em nome delas.

Noutra ocasião, Kathleen falou ao telefone e até visitou uma mulher que temia e detestava e com quem normalmente não teria nada a ver. Esta mulher era outra paranoide viciosa com dons psíquicos que constantemente e selvagemente denegria a amiga de Kathleen. O contacto com esta mulher produziu em Kathleen outro período durante o qual estava sujeita a explosões de malevolência, totalmente imprevisíveis e completamente irrelevantes para as circunstâncias. Neste caso, a entidade possessora era identificável como um ser transmitido pela paranoide viciosa com quem Kathleen estabelecera contacto.

Como dissemos, a possessão era dada como certa por uma grande proporção da população, mesmo até ao século XVIII e, desde então, por uma minoria sobretudo psíquica. A crença nela nunca morreu. Por que haveria de morrer, quando Cristo, com as Suas enormes perceções psíquicas, claramente aceitou a sua existência, não só em linguagem significativa mas ao expulsar entidades possessoras para que entrassem nos porcos gadarenos? Não há aqui motivo para lançar uma defesa dos milagres de Cristo.

(A palavra «milagre» parece inadequada para descrever a Sua suprema capacidade de curar nos níveis psíquico e espiritual.) Se se encontraram tantos exemplos destas formas de cura em seres humanos vivos e falíveis, não é difícil para mim, cético natural como sou, aceitar o que Cristo conseguiu com a Sua enormemente ampliada capacidade de emanar. Rejeito por completo as visões dos eclesiásticos da moda e lugubremente racionalistas para quem os milagres de Cristo foram realizados apenas em histéricos sugestíveis sem doença física. O que talvez seja mais importante para o nosso tema é que, na nossa era, a crença na possessão reafirmou-se e estimulou não só o tratamento por exorcismo sob a égide de diferentes Igrejas, mas também por psiquiatras credenciados. No Brasil,

a expulsão de entidades possessoras é uma característica regular da terapia praticada num hospital particular e, além disso, pelo psiquiatra responsável. É estranhamente paradoxal ver uma fotografia de um hospital moderno e racionalizado e perceber que, dentro das suas paredes, se pratica — e com sucesso — uma terapia baseada no que era amplamente acreditado na Idade Média.

O Brasil orgulha-se também de uma técnica médica particular associada ao nome de Kardec, pseudónimo de um médico francês que exerceu nesse país no final do século passado. Ele e os seus discípulos preocupavam-se com o que neste país se chamaria tratamento por guias espirituais, considerado aqui na orla extrema da medicina marginal. Kardec era um médico plenamente qualificado e competente. Ora, a supervisão e instrução direta de um médico por um desencarnado de um praticante falecido, digamos, na execução de um procedimento cirúrgico complicado, não é um exemplo de mediunidade nem de nada feito em estado de transe. Muito menos se aplicam estas descrições a curadores como o camponês Arigó no Brasil.

De origem humilde e sem qualquer conhecimento médico, era capaz de diagnosticar à vista, em sessões lotadas em que cada doente recebia apenas alguns minutos de atenção, condições como leucemia. A exatidão de tais diagnósticos foi confirmada nos departamentos de laboratório e radiografia num número notável de casos por uma equipa de investigadores americanos, um dos mais seniores dos quais permitiu a Arigó remover um lipoma, um tumor gorduroso, do seu cotovelo sem anestesia e com uma faca de cozinha. A operação foi inteiramente bem-sucedida. Não houve efeitos nocivos nem infeção. As curas de Arigó foram verificadas por professores de medicina e cirurgia no seu próprio país que testemunharam que eram genuínas e duradouras. O ponto que pretendo fazer é que, ao fazê-lo, estes homens seniores deram a sua sanção científica ao fenómeno da possessão. Sem esta a operar na sua forma benigna ou, se preferirem, sem um guia espiritual, Arigó não teria conseguido estes resultados notáveis em medicina e cirurgia.

A possessão no seu aspeto maligno desempenha um papel tangível na indução de doença psiquiátrica. É impossível no momento estimar que proporção de casos, dentro e fora de hospitais psiquiátricos, é atribuível a esta causa. Há duas razões principais para isso. Em primeiro lugar, a profissão médica no seu conjunto não define claramente os sinais e sintomas da possessão. Tentei remediar esta lacuna. Em segundo lugar, o número de casos diagnosticados por médicos é insuficiente para permitir conclusões firmes e definitivas. Creio que no

presente imediato a influência da possessão é exagerada e que efeitos mais destrutivos são alcançados pelo poder generalizado do mal.

Neste capítulo, contudo, insisti na importância da possessão e dei alguma indicação do seu alcance e modo de ação, porque enquanto não aceitarmos a existência de psiques desencarnadas — que são os principais veículos através dos quais a possessão opera —, não podemos compreender uma proporção das maleitas da infância a que desejo regressar no capítulo seguinte e que são tanto mais importantes porque podem persistir na vida adulta.

CAPÍTULO 4

A ORIGEM DA NEUROSE OBSESSIVA

Não pode haver dúvida de que, neste país pelo menos, o estado obsessivo é, nas suas diferentes formas, a maleita neurótica mais disseminada. Isto é inevitável porque tantas crianças mostram sintomas desta condição na puberdade e nos primeiros anos da adolescência. Quantas crianças nesta fase da vida têm rituais de tocar e outros que mais tarde abandonam? Numa obra anterior, *A Theory of Disease*, tratei de como as reações obsessivas eram influenciadas pelo ambiente religioso e cultural do indivíduo. Neste livro, escrito mais de vinte anos depois, preocupo-me com a origem em profundidade da neurose obsessiva.

Em primeiro lugar, demonstrou-se para além de qualquer dúvida que alguns dos obsessivos mais marcados nascem como resultado de partos difíceis. Esta associação baseia-se em pelo menos vinte anos de observação e, no que me diz respeito, deve ser considerada estabelecida. O parto difícil pode dever-se a posições diferentes do feto, inércia uterina por parte da mãe e outras causas.

Nem todos os obsessivos nascem de partos difíceis. A criança obsessiva é essencialmente a criança psíquica. É o feto em quem o psiquismo está mais ativo e mais maduro, com a memória mais longa, que garante a maior dificuldade no parto, precisamente porque não quer nascer. Mas isto não significa que o parto seja inevitavelmente difícil. A razão básica é a relutância em nascer, muitas vezes transmitida psiquicamente pela mãe, muitas vezes atribuível em parte a um fator genético, porque não há dúvida de que os dons psíquicos são herdados e correm nas famílias, e muitas vezes devida simplesmente ao facto de que o que entrou na mãe na conceção é um psiquismo esclarecido com um conhecimento armazenado da natureza transitória e das limitações do impedimento da matéria.

Quando a criança já psíquica tem as suas perceções aguçadas por partos difíceis, é porque, de algum modo misterioso, a sua perceção precoce do tempo, aprendida pela duração da dor sofrida ao nascer, facilita também a sua capacidade, na adolescência e na vida adulta, de se dispersar pelo tempo.

O segundo grande fator causador do estado obsessivo nos adultos é a ocorrência de terrores noturnos na infância. Estes ocorrem em idades variáveis a partir dos quatro ou cinco anos, geralmente terminando por volta ou antes da puberdade. Os terrores noturnos ocorrem em consciência desperta e devem ser claramente distinguidos dos pesadelos. Acontecem comumente quando a vítima está a adormecer e menos comumente quando está a acordar. Como o nome implica, estas experiências são aterrorizantes. A criança vê rostos e figuras que a horrorizam. Estes incluem rostos distorcidos como gárgulas, homens sem rosto, mulheres de cabelo desgrenhado e esgares, esqueletos, bem como massas amorfas e inchadas que ameaçam engoli-la. De nada serve dizer que a criança apenas pensa que vê estas coisas. Muitas vezes os pais adotam uma visão errónea ao descrever as suas experiências como «tudo imaginação».

A velha definição de alucinação era uma perceção falsa. Esta é enganadora. A perceção é verdadeira, para a criança. Ela grita alto por causa do que viu. Se perceção falsa significa que o que vê não é visto ou aceite pela maioria, isto é suficientemente bom porque estamos a lidar com uma categoria especial de criança com terrores noturnos e com uma capacidade especial, negada a outros, de perceber tais entidades como as que descrevi. Quando digo uma categoria especial de crianças, não quero dizer que o número afetado por terrores noturnos seja necessariamente pequeno, porque uma proporção de crianças passa inevitavelmente por esta fase simplesmente porque o domínio da personalidade racionalizadora presa ao tempo sobre o psiquismo percetivo é mais frouxo na infância do que se torna na idade em que, como nos diz Wordsworth, «as sombras da prisão começam a fechar-se / Sobre o menino em crescimento».

A criança vê estas figuras precisamente porque o seu psiquismo está ativo. Quanto mais psíquica a criança, quer a sua capacidade extrassensorial tenha sido estimulada por um parto difícil, por perceção aumentada na existência intrauterina ou durante o parto, mais terrores noturnos vê, precisamente porque o que está a ver são materializações verdadeiras de entidades desencarnadas.

Como podem tais fenómenos ser explicados em termos da psiquiatria contemporânea? Na verdade, tem-se prestado demasiada pouca atenção a eles. Para o freudiano, são inevitavelmente gerados no inconsciente do indivíduo.

Nascem e morrem dentro da personalidade. São a projeção exterior de um medo interior. É amplamente aceite que o estado obsessivo na vida adulta é produzido por traumas ou explorações sexuais prematuras combinados com a influência de pais dominadores. O próprio Freud admitiu, nas fases finais da sua carreira, que exagerara grandemente os efeitos mórbidos da experiência sexual precoce. Quanto ao pai dominador, é fácil ver o rosto zangado e ameaçador nos terrores noturnos como o do pai dominador, todo-poderoso e assustador. O argumento contra tal visão é que, se tais explicações fossem válidas e os terrores noturnos fossem a projeção exterior de medos e inseguranças interiores, os rostos e figuras vistos seriam tão inumeráveis como as areias do mar porque cada um ilustraria um problema particular. Na realidade, os diferentes tipos de rostos e figuras vistos nos terrores noturnos são muito mais limitados do que se poderia imaginar. Noventa por cento deles enquadram-se em cerca de uma dúzia de categorias.

Interpretando estes fenómenos segundo linhas junguianas, chega-se um pouco mais perto da verdade. São os terrores noturnos das crianças imagens arquetípicas recordadas do passado remoto por um conceito chamado inconsciente coletivo? Mas se assim fosse, por que não se limitam aos sonhos e por que são vistos em consciência desperta? As teorias de Jung podem explicar o pesadelo que ocorre no sono, mas não dão conta do pânico e horror experimentados pela criança com terrores noturnos. Tal medo é análogo ao horrível sentido de ser tomado, experimentado pelos possuídos malignamente e pelos sonâmbulos que suplicam para serem mantidos acordados para não serem invadidos novamente por «Aquilo».

Nem o conceito de imagens arquetípicas permite suficientemente o facto de ser essencialmente a criança psíquica a mais atormentada, e durante o período mais longo, com os terrores noturnos mais agudos. Nem Jung explica como a imagem arquetípica contribui para o inconsciente coletivo. A adição de exemplos dos rostos vistos soma-se à totalidade deste conceito? Não poderia Jung ter ido mais longe e visto a situação não em termos de imagens arquetípicas mal definidas que contribuem para o conceito algo vago de um inconsciente coletivo, mas como entidades desencarnadas a estimular a memória remota e a evocar a recordação de vidas passadas?

Penso que a explicação é que Jung estava intensamente preocupado com os sonhos. De facto, disse, e de certa forma com razão, que o sonho devia viver o homem e não o contrário. A diferença entre o seu conceito de psiquiatria e o meu é possivelmente determinada pelo facto de a nossa matéria-prima ser diferente. Encontrou ele tantas pessoas com dons psíquicos inconfundíveis e

altamente desenvolvidos como eu? Os seus contactos com a parapsicologia eram tão nitidamente delineados? Isto não é depreciar Jung. É simplesmente uma questão da natureza da nossa clientela diferente. Embora Jung evite a questão das entidades desencarnadas, o que quer dizer quando fala do seu mentor Filómeno de quem derivou tanto? Era Filómeno meramente um arquétipo particularmente loquaz? Como pode uma imagem dar língua? Poderá ser que Filómeno cumprisse o mesmo papel que o daimon de Platão?

Estou convencido de que os terrores noturnos não são experiências simbólicas com base freudiana nem intervenções arquetípicas. Igualmente, não são simplesmente ilusórias. Tem-se dito que são apenas meio alucinatórias e baseadas na má interpretação da criança de padrões no papel de parede ou na colcha do quarto, ou seja, que são alucinatórias com uma base semi-concreta. Isto é uma contradição em termos. Tais visões são infundadas. Encontrei pouca evidência para as apoiar nos inumeráveis casos de terrores noturnos que investiguei. O que acontecia era que um padrão no papel de parede ou na colcha era o último contacto com a realidade caseira estabelecido pela criança antes do aparecimento dos desencarnados aterrorizantes. Estou convencido de que os terrores noturnos são materializações reais de entidades malignas percebidas pela criança sensível antes de a couraça de ferro da personalidade se fechar sobre ela.

Uma coisa em que todos os que sofreram deles concordam é que as figuras nos terrores noturnos são pelo menos encarnações do mal. A capacidade de uma criança para descrever experiências noturnas aterrorizantes é geralmente mínima. A sua vontade de o fazer é muitas vezes pouca. Naturalmente permiti que as crianças na minha consulta se exprimissem à sua maneira e muito hesitantes, mas era notável como as suas línguas se soltavam e que alívio sentiam quando as ajudava um pouco perguntando se eram rostos maus, sorridentes e assustadores. Era claro que esta descrição, e o meu reconhecimento do facto de os rostos vistos serem malignos, permitia às crianças acreditar que eu compreendia os seus sofrimentos e predicamento. Isto não foi especialmente intuitivo da minha parte, dado que eu próprio sofrera as mesmas experiências.

Para compreender plenamente o significado dos terrores noturnos, temos de considerar outro sintoma com que eles estão associados, isto é, os tiques obsessivos ou o que antigamente se descrevia como coreia ou, ainda mais cedo, dança de São Vito. Já disse que, onde os terrores noturnos são graves, há frequentemente um historial de parto difícil. Pode-se ir mais longe ao falar dos tiques obsessivos. Estes últimos nunca ocorrem sem um pré-historial de terrores

noturnos. Um tique obsessivo é uma contração semi-convulsiva e involuntária dos músculos da face, cabeça, pescoço ou ombros. Em alguns casos os braços estão envolvidos e, em casos mais raros, os membros superiores e até o tronco.

A criança que para nos terrores noturnos e não desenvolve tiques obsessivos pode, na vida adulta, tornar-se obsessiva. A criança com os tiques descritos torna-se sempre obsessiva. Pode acontecer que os próprios tiques persistam na vida adulta. É, portanto, de grande importância considerar a natureza e a função destas contrações musculares.

Clinicamente, estas contrações são, em última análise, da mesma origem que os atos compulsivos ritualísticos, como evitar pisar nas fendas dos passeios. Originaram-se, contudo, num nível mais profundo e mais fisiológico. Por um ato de vontade, pode-se, ao custo de tensão crescente, impedir-se de contar até dez antes de atravessar a rua. O tique obsessivo é de natureza quase reflexa. Não é detido pela vontade, por mais que o progenitor pouco perspicaz exija da criança que pare de contrair-se. É quase como se o tique obsessivo fosse um reflexo protetor destinado a repelir uma entidade invasora. Certamente algumas das contorções executadas pelos casos graves dão essa impressão. Isto leva-nos ao coração da questão, no que diz respeito aos tiques obsessivos e ao estado obsessivo na sua totalidade.

Fomos instruídos até agora de que os atos compulsivos são um ritual de expiação provocado pela culpa. Freud atribuía esta última em grande parte à experiência sexual precoce, incluindo agressão. Segundo tais teorias, o sentimento de culpa pode ser intensificado por um pai dominador que desempenha o papel de divindade omnisciente e punitiva. Mas os inícios do estado obsessivo nos terrores noturnos e, acima de tudo, no tique obsessivo mostram que tais teorias são erróneas. Os sintomas obsessivos não são induzidos pela culpa, mas pela força do mal que se exerce em diferentes formas. Quer um ritual de expiação, quer tiques convulsivos podem seguir-se — e por vezes quase imediatamente após a exposição ao mal. Os rituais das diferentes religiões compreenderam isto há milénios. O ritual praticado pelo cristianismo é algo de origem anterior ao impulso de expiar perante um deus irado. Utiliza parte do equipamento natural do homem quando confrontado com as forças do mal.

Eu próprio tive um terror noturno inesquecível em que o elemento de mal e a minha resposta a ele eram óbvios. Não posso dizer com certeza que idade tinha na altura. Possivelmente entre os seis e os oito anos. Enquanto estava deitado na cama, senti de repente uma tensão aterrorizante no ar. Fui até à porta do meu quarto e vi no patamar exterior uma figura inesquecível, não

exatamente do tamanho de um homem e algo mais magra, coberta da cabeça aos pés por uma pelagem azul-cinzenta e com uma emanação da mesma cor a irradiar dela. O sorriso satânico no seu rosto pequeno, algo pontiagudo e coberto de pelos era insinuante e acolhedor. Sabia que havia algo estranho e inumano nos seus pés, mas estava demasiado aterrorizado para examinar este (para mim) fenómeno horrível com calma. Mesmo naquela idade precoce, estava mais do que aterrorizado porque sabia que era ameaçado pelo mal. Fugir de volta para o quarto e rezar por proteção contra um mal que não conseguia definir. Alternava entre deitar-me na cama por alguns minutos e depois saltar da cama para me ajoelhar em oração. Não me lembro quanto tempo este ritual se manteve na primeira noite, mas sei que continuou nas noites seguintes e pode ter durado um período mais longo. Tudo o que sei é que noite após noite o meu ritual de oração me impedia de ficar na cama. Em justiça para os meus pais, devo dizer que não fui criado num ambiente de fogo do inferno, enxofre e enxofre.

Vejo agora que esta encarnação literal da maldade com o seu sorriso insinuante procurava possuir-me e que, ao lançar-me de joelhos em oração, estava a adotar um antídoto de séculos contra um poder que temia. Sei agora que o que vi, e que fez o ar do meu quarto vibrar de tensão, não era um arquétipo junguiano na imaginação flamejante de uma criança pequena, mas uma materialização de algo que realmente tinha vida, ainda que a matéria de que era composto fosse diferente da minha.

O que é importante no ritual compulsivo que descrevi é a velocidade com que o impulso de oração se afirmou como antídoto ao mal. Pode-se dizer que esta é uma reação comum entre adultos, mas estamos aqui a lidar com uma criança, possivelmente não mais de seis anos. Na verdade, começou imediatamente. É também importante notar que o que demonstrei foi um verdadeiro ritual compulsivo, isto é, uma ação que parecia sob controlo da vontade no sentido em que me ajoelhava para rezar como se estivesse a realizar um ato voluntário, quando na realidade estava virtualmente compelido a fazê-lo. Se tivesse sido de outra constituição, poderia ter mostrado a resposta mais reflexa do tique obsessivo.

Isto foi bem exemplificado pela rapariga que desenvolveu o segundo tique mais abrangente que alguma vez vi, que envolvia todo o corpo da cintura para cima. Dobrava-se até à cintura e depois atirava o corpo, braços, cabeça e pescoço para cima como se estivesse literalmente a tentar sacudir algo dela. Este ritual, horrível de contemplar, começou com dois dias a ver uma figura hedionda, semelhante a bruxa, no seu quarto. Estes ataques ocorriam ao longo

do dia e eram acompanhados em intervalos por ela gritar alto obscenidades indizíveis que abalavam os seus pais altamente respeitáveis mas compreensivos.

Este caso revelou, tão classicamente como o meu, como a obsessão pode ser complicada pela possessão ou tentativa de possessão. Consegui repelir o invasor de modo que tudo o que manifestei foi um ritual de oração que se mostrava em plena força à noite, embora por vezes durante o dia fechasse os olhos em oração sem me ajoelhar. No caso da rapariga, a violência dos gestos simbólicos revela a maior ferocidade e persistência das entidades invasoras, enquanto o grito de obscenidades abusivas mostrava que o ataque do agente possessor foi parcialmente bem-sucedido. A rapariga em questão era uma rapariga pateticamente humilde e conscienciosa que suportava a sua aflição com fortaleza.

Note-se que, na infância, enquanto gritava estas obscenidades, esta rapariga manifestava as mesmas características obsessivo-possessivas que Annette e outras vítimas mencionadas no capítulo anterior, que exibiam o mesmo síndrome viperino súbito e momentâneo na vida adulta.

Muitos dos que sofreram de tiques obsessivos na infância perdem-nos na vida adulta, embora contrações limitadas, geralmente unilaterais nos cantos da boca, persistam frequentemente na vida adulta. Encontrei um caso interessante de um homem cujos potenciais dons psíquicos só foram libertados mais tarde na vida, por volta dos sessenta anos, e que se queixava de uma contração marcada envolvendo o canto esquerdo da boca e a bochecha esquerda que ocorria apenas quando estava a adormecer. É precisamente a hora em que a criança psíquica sofre os seus terrores noturnos e começa os seus tiques convulsivos porque, ao adormecer, o domínio da personalidade sobre o psiquismo afrouxa e este fica mais livre para vaguear. O indivíduo em questão estava a reviver os atributos psíquicos em desenvolvimento dos seus primeiros anos, altura em que sofreu de terrores noturnos e rituais compulsivos, estes últimos por sua vez atribuíveis ao impacto de entidades desencarnadas.

As pessoas que sofreram de tiques obsessivos na infância demonstram geralmente na vida adulta características como perfeccionismo, meticulosidade excessiva, elevado grau de conscienciosidade e elevado padrão ético nas relações com os outros. Isto é muitas vezes uma compensação pelo seu contacto precoce com o mal, pelo qual se consideram contaminados. Têm também rituais e pensamentos compulsivos, estes últimos envolvendo uma incapacidade de expulsar da mente uma preocupação intensa e mórbida com algum assunto particular.

Insistimos no papel do mal no desenvolvimento do estado obsessivo nos jovens. Não se trata do mal como conceito verbal, mas como energia viva mais potente que o som, a luz e o calor, um aspeto da matéria que trataremos mais adiante. O ponto que devemos fazer agora é que o estado obsessivo plenamente desenvolvido no adulto envolve o doente numa batalha entre o bem e o mal ao nível consciente. Quantos dos pensamentos compulsivos do doente são malignos? Certamente todos, porque de outra forma não se preocuparia com eles. Uma incapacidade de excluir da mente o pensamento de rosas ou prímulas poderia ser uma intensa alegria e certamente nenhum impulso ético angustiante seria suscitado.

Mas nas suas piores crises os pensamentos compulsivos do obsessivo estão impregnados de mal. Um dos mais comuns é a ideia alimentada pela mãe amorosa e conscienciosa de que poderá matar o seu filho. Isto está totalmente fora do seu carácter, mas o pensamento é de algum modo injetado na sua cabeça. O homem consciencioso, na sua crise de obsessão, teme que possa perder o controlo e lançar um ataque homicida sobre um transeunte indefeso. Tais indivíduos são muitas vezes recrutados daqueles conscienciosos, simpáticos e algo lastimáveis que cuidadosamente varrem fragmentos de casca de laranja do passeio para a sarjeta porque sentem que os idosos podem escorregar neles.

Ninguém considerou adequadamente as forças do bem e do mal em relação aos estados obsessivos realmente fulminantes em que o medo de fazer mal aos outros é predominante. No geral, nos dias em que os psiquiatras praticavam psicoterapia, contentávamo-nos em tranquilizar o doente de que não poderia de modo algum ser uma ameaça para os outros e que não era esse tipo de pessoa — afirmações que tinham a virtude de serem verdadeiras porque o número de obsessivos que, angustiados por poderem fazer violência aos outros, traduziam efetivamente os seus pensamentos em ação era, ou era, insignificante.

Os resultados de tal terapia eram mínimos. A tranquilidade desta natureza nunca penetrava e, se o fazia, a sua duração era transitória. A situação com estes casos é difícil porque nenhum médico com um pingo de inteligência ou humanidade pode dizer a um doente: «Sim, os seus pensamentos são malignos», mas em certos casos não faz mal transmitir em termos gerais que, precisamente porque é bom, o doente é um alvo para o mal. Lembro-me do alívio genuíno experimentado por um doente a quem disse que o seu medo de magoar os outros e a sua obsessão pela cegueira deviam ser horrivelmente difíceis de suportar e deviam parecer-lhe quase diabólicos. Esta afirmação deixou-o mais feliz do que alguma vez o vira. Respondeu dizendo que era estranho eu ter

falado nesses termos porque era verdade que obtinha mais alívio do que de qualquer outra fonte ao dizer «Afasta-te de mim, Satanás» quando as suas obsessões estavam no auge.

Dado que os obsessivos descritos derivam das vítimas de terrores noturnos graves e tiques obsessivos, em ambos os quais a possessão desempenha um papel, devemos agora discutir até que ponto a possessão é importante no estado obsessivo como um todo. Já vimos a ligação entre possessão e obsessão em pessoas que gritam abusos totalmente irrelevantes e obscenos durante segundos ou minutos e depois regressam ao comportamento civilizado como se tivessem acabado de emergir de uma forma escabrosa de petit mal. Este fenómeno, quando ocorre em crianças, é mais espontâneo e acompanhado de tiques obsessivos. Vimos que Annette, uma adulta indubitavelmente sujeita à possessão, manifestava este sintoma.

Para além destes casos especiais pouco comuns, há um subgrupo de obsessivos em que o elemento de possessão é especialmente notável. Refiro-me àqueles doentes, geralmente pessoas altamente conscienciosas, que são bombardeados por pensamentos de que poderão fazer mal aos outros. Resistem a estes pensamentos atormentadores mas ao preço de uma tensão tremenda. Esta última está muitas vezes associada ao medo de que, se o obsessivo não fizer o que é sugerido nos seus pensamentos, ele próprio sofrerá algum destino horrível. Um doente tão aflito pode atingir um crescendo de tensão. Felizmente, tais casos constituem apenas uma proporção da neurose obsessiva tão disseminada que pode ser chamada «a mão oculta» na psicopatologia britânica.

Qual é a natureza e a origem das entidades desencarnadas que possuem, ou procuram possuir, a vítima de terrores noturnos graves? Existe um limite até ao qual podemos ter certezas nestas matérias. Para começar, a maioria das entidades desencarnadas que atacam adultos é invisível. São sobretudo as crianças que veem as figuras que as ameaçam. Parece-me significativo que "semelhantes a gárgulas" tenha sido a descrição que se revelou mais evocativa para os pacientes infantis. Naturalmente, não utilizei a palavra "gárgula", mas descrevi-as em termos como aquelas caras horríveis que se veem a sair das paredes das igrejas. Numa palavra, estas figuras aterradoras eram bizarras e semi-humanas. Havia nelas uma qualidade demoníaca. Não poderiam algumas das figuras femininas, de cabelos revoltos e olhar selvagem, ser a visão infantil das Fúrias e Harpias da Antiguidade? Não é necessário encará-las como imagens arquetípicas enterradas na consciência racial. À luz das evidências não visuais de possessão que observámos em adultos em diferentes condições, não vejo razão

para não considerarmos as figuras vistas nos terrores noturnos das crianças como verdadeiras materializações.

Pode perguntar-se por que razão uma criança voltaria a ver as Fúrias milénios após a sua primeira aparição neste planeta ou nos seus arredores. A resposta é que existem algumas entidades desencarnadas que, ao longo do tempo, continuam a ser atraídas para este mundo pelo magnetismo da matéria. É precisamente por esta razão que continuam a assombrar-nos. A prova de uma afirmação que poderá parecer chocante a alguns não pode ser apresentada neste livro, que tem de se restringir às influências psíquicas que produzem impacto neste domínio da psiquiatria.

Que o elemento do mal está relacionado com a indução de estados obsessivos por possessão é demonstrado por uma variedade de reações obsessivos súbitas e atípicas que afetam adultos. É indiscutível que o estado obsessivo é essencialmente de desenvolvimento lento e tem início na infância. Este é um axioma inquestionável, quer aceitemos as ideias de Freud sobre traumas sexuais e pais dominadores, quer as conceções de Jung acerca dos arquétipos. Existe, no entanto, uma variedade de estados obsessivos que podem ser induzidos em questão de minutos em adultos. Tal ocorre quando estes são expostos à influência do mal, geralmente proveniente das psiques dos vivos. Algumas dessas vítimas podem ter apresentado tendências obsessivos ligeiras antes da exposição, mas isso não é essencial.

Uma mulher almoçava numa estalagem a cerca de três quilómetros de uma casa onde um amigo seu se encontrava na companhia de dois médiuns em deterioração, contaminados por uma vontade de poder. Ela sentiu desfalecimento, náuseas e um tremor incontrolável no momento em que o amigo entrou na casa das pessoas referidas. Mais tarde encontrou-os na mesma casa e sentiu um terror extremo ao vislumbrar um dos seus ocupantes, bem como a sensação de ser atravessada por uma facada no plexo solar quando ele lhe falou durante breves instantes. Esta sensação foi imediatamente seguida por uma torrente de pensamentos obsessivos compulsivos e autocríticos, como nunca antes experimentara. Estava demasiado abalada para fornecer um relato inteiramente coerente do que lhe acontecera, mas disse que se via a si própria a praticar atos que sabia serem-lhe impossíveis. Acrescentou mais tarde que sabia que não era ela quem pensava daquela forma e que algo tinha entrado nela através do plexo solar. Lutou durante alguns dias num vórtice de pensamentos obsessivos compulsivos e depois caiu numa depressão autocrítica grave, com a duração de seis semanas. A sua reação obsessiva, não característica sob muitos

pontos de vista, só é explicável como resultado de possessão. Deve sublinhar-se que esta condição obsessiva de indução rápida é extremamente rara.

Uma compreensão verdadeira do estado obsessivo é necessária porque ele é fundamental para a compreensão da psiquiatria como um todo. Mais ainda, é a chave para aquilo que é seguramente o nosso principal problema na batalha interior entre as forças do bem e do mal. No estado obsessivo, o duelo atinge o nível consciente naqueles pacientes que têm de controlar os impulsos para magoar os outros, sugeridos pelos seus pensamentos compulsivos. É por esta razão que o estado obsessivo, manifestado em graus variados, é de importância primordial. Simboliza e exprime o grande dilema das nossas vidas e do nosso estatuto no cosmos.

Todo o obsessivo marcado é psíquico, embora o grau em que os seus dons extrassensoriais se manifestam possa ser mínimo na vida adulta, devido à feroz repressão que exerce a nível consciente e inconsciente. Mesmo assim, conserva uma boa dose de precognição, quer em sonho quer na vigília. Não é geralmente clarividente porque está demasiado reprimido para "ver" o futuro como algo distinto de o sentir. Lembro-me de um paciente cujo pensamento obsessivo *(transtorno obsessivo-compulsivo)* se manifestara na primeira infância. Conservou a precognição durante o dia e a clarividência durante o sono. Pagou a tentativa, consciente e inconsciente, de reprimir as suas faculdades com uma úlcera duodenal em pleno desenvolvimento, confirmada por radiografia, ainda na casa dos vinte anos.

A razão pela qual o obsessivo é um indivíduo dividido, que procura reprimir os seus atributos psíquicos, é que estes estão associados, na sua mente, à memória dos seus terrores noturnos. Observei repetidamente que a precognição e a clarividência nas crianças se manifestam numa altura em que os seus terrores noturnos, possivelmente acompanhados de tiques obsessivos e/ou rituais compulsivos, estão no auge. No processo de repressão, a precognição e a clarividência ficam associadas, na mente da criança, aos seus terrores noturnos e são, por isso, encaradas como manchadas pelo mal. O obsessivo desenvolve frequentemente poderes de razão e lógica tais que não se lhe atribuem qualidades intuitivas ou percetivas, muito menos dons psíquicos. Isto acontece porque, desde a infância, começa a usar a sua capacidade de racionalização para explicar a sua precognição e clarividência, pensando que assim consegue controlar os terrores noturnos e o mal que eles representam para si.

É certo que o obsessivo é motivado por um sentimento de culpa subjacente. Este não é, como afirmou Freud, uma causa primária. É absolutamente secundário ao impacto do mal, cujo objetivo é sempre induzir um

sentimento de culpa. Deve também admitir-se que, até esta geração, a sociedade conspirou para reforçar a repressão, por parte do obsessivo, das suas faculdades mais profundas e fecundas. Durante séculos, até às últimas duas décadas, a autoridade secular e leiga uniu-se para menosprezar e vilipendiar os dons psíquicos, não sendo de estranhar que as suas exortações tenham sido seguidas pela maioria dos pais.

O obsessivo tem, como Kipling, dois lados distintos da cabeça, mas demasiadas vezes não consegue sintetizá-los de forma harmoniosa. Para ele não existe uma síntese, mas um conflito entre lógica e intuição, porque esta batalha representa, erradamente, a luta entre o bem e o mal. Isto porque a intuição faz fronteira com o psíquico, que está inevitavelmente associado, na sua mente, ao mal. Quando a sua repressão cede, devido às tensões e pressões da vida, esta visão crítica e condenatória de si próprio é reforçada pelos chamados pensamentos maus que o afligem. Estes representam o complexo mal–terror noturno–psíquico que permanece ainda não disperso abaixo do nível da consciência.

O obsessivo é frequentemente um cultor da vontade, revela grande energia, é muitas vezes bem-sucedido na sua carreira e um pilar da sociedade, porque está a compensar o seu sentimento de culpa. Em tudo isto, substitui a perceção natural pelo esforço voluntário, porque receia o primeiro processo. Isto manifesta-se de forma particularmente dramática na infância. Os terrores noturnos e os tiques convulsivos da criança começam frequentemente, ou intensificam-se de forma dramática, quando ela deixa o lar para a sua primeira escola. Isto acontece porque está a trocar o seu mundo percetivo, intuitivo e dominado pelo psíquico — no qual conservou a capacidade de maravilhamento e em que todas as suas reações são involuntárias — pelo mundo da vontade e da atenção voluntária, no qual lhe é pedido que se concentre nos livros e nas lições, em vez de ser concentrada pelo cosmos.

CAPÍTULO 5

HIPERATIVIDADE E DELÍRIO NAS CRIANÇAS

Mesmo após a sua entrada neste planeta, o recém-nascido vive num mundo largamente psíquico, no sentido em que ainda não desenvolveu uma personalidade e, para além dos seus cinco sentidos básicos, só pode perceber através da sua psique. Esta é a idade da inocência, em que vive numa atmosfera maioritariamente benigna e, nas palavras de São Paulo, "rodeado por uma nuvem de testemunhas".

Isto não se aplica aos casos de inquietação noturna excessiva que já mencionámos, e que surgem quando a existência intra-uterina foi perigosa. No que respeita a esses perigos, devemos compreender que a força do mal, transmitida por entidades possessivas, começou a atuar desde os próprios primórdios embrionários do indivíduo. Existem, como veremos, condições para além das já referidas, nas quais os sintomas se manifestam desde o início da vida neste mundo, mas, de um modo geral, a criança é protegida por entidades benéficas nos primeiros anos de vida.

É uma observação comum que os bebés são muito mais resistentes a infeções, contágios ou outras doenças do que as crianças que se aproximam da idade escolar. Quando a criança atinge o nível adequado de compreensão, os pais procuram — sem o saberem — reforçar o poder protetor das entidades benéficas contando ou lendo contos de fadas, nos quais o bem triunfa quase invariavelmente sobre o mal. Com o desenvolvimento da personalidade, acelerado pela ida para a escola, a psique é substituída como principal órgão de perceção e a criança torna-se mais propensa à doença, porque é apenas através da personalidade, sujeita ao tempo, que o indivíduo adquire as suas enfermidades. A doença é impossível no pano de fundo intemporal em que a personalidade se dissolve e no qual ocorre a cura.

Por outro lado, existem aqueles que, desde o início, mostram sinais de possessão desencarnada. Entre estes encontra-se a criança hipercinética. Esta palavra exprime uma hiperatividade profundamente anormal, comparada com a qual a já descrita "inquietação noturna" dos primeiros anos de vida não passa de uma sombra anémica. A criança verdadeiramente hipercinética apresenta uma agitação contínua, incontrolada, quase animal. Manifesta-se de dia e de noite. Recordo-me de dois irmãos que subiam e desciam pelas paredes do meu consultório como chimpanzés, tentando alcançar o teto através dos biombos amovíveis. Havia neles algo de símio. Tinham sido a própria imagem do movimento perpétuo durante pelo menos cinco anos. O médico de família

prescrevera uma variedade de sedativos, todos ineficazes. Estas crianças dão a impressão de terem sido injetadas com um excesso absurdo de força vital.

Apesar da sua atividade contínua e violenta, parecem inesgotáveis.

Estas crianças são literalmente bombardeadas por entidades possessoras, das quais procuram escapar desesperadamente. Como as suas vias de fuga implicam um dispêndio enorme de energia física, não acumulam tensão nem se tornam neuróticas. O processo mórbido esgota-se no movimento perpétuo. Regra geral, crescem e tornam-se perfeitamente normais. Dos dois casos que mencionei, um tornou-se saudável e algo bovino, o outro bastante inteligente, mas igualmente saudável. À medida que se aproximaram da idade adulta, nenhum deles era minimamente hiperativo. Não eram ansiosos nem tensos, porque o impulso natural da infância para fugir às entidades invasoras poupou-os às dores do conflito e às sementes da neurose.

Nunca vi casos deste tipo na minha carreira durante as décadas de trinta e quarenta. Quando terminei a minha atividade, continuavam a ser pouco frequentes, mas constituíam uma minoria facilmente reconhecível. Como acontece com muitas outras doenças, não posso deixar de atribuir este aumento de incidência aos tempos em que vivemos. Ninguém pode negar o aumento da tensão na atmosfera. No entanto, não é suficientemente reconhecido até que ponto isto se deve à influência de entidades desencarnadas que circulam em número crescente na terra de ninguém entre este mundo e o próximo.

Existe um factor hereditário em alguns casos de hipercinesia. Certamente, aquilo que a criança herda é, basicamente, uma constituição psíquica, mas há casos em que o que é transmitido é mais específico. O pai dos rapazes que referi era ele próprio hipercinético, isto é, dotado da capacidade de responder às tentativas de possessão através de um movimento quase contínuo. Deve notar-se a palavra "tentativas". Os hipercinéticos não são completamente tomados quando os sintomas atingem o seu auge.

Outra patologia manifesta-se no momento do nascimento — ou pouco depois. Deve ser assinalada a epilepsia infantil. Alguns bebés simplesmente não conseguem resistir ao bombardeamento de entidades possessoras malignas e sucumbem a ele. Um dos pais destas crianças condenadas, geralmente a mãe, é invariavelmente psíquico.

Numa idade posterior, aquilo que é conhecido como ligeireza mental ou delírio nas crianças fornece-nos mais provas do papel desempenhado pela possessão. O delírio nas crianças, certamente até aos dez anos de idade ou mesmo até à puberdade, é frequentemente provocado por doenças, sobretudo

em infeções em que existe toxicidade e, especialmente, naquelas acompanhadas de febre elevada. O delírio, tanto em crianças como em adultos, é hoje menos comum do que outrora, porque atualmente as temperaturas elevadas raramente persistem durante tempo suficiente devido ao uso de antibióticos. No caso dos adultos, o padrão das doenças alterou-se, de tal forma que os ataques maciços de pneumonia, prevalentes nas décadas de vinte e trinta — em que a maioria dos doentes delirava quando chegava à crise — já não existem. Na infância, a influência da psique é maior do que virá a ser mais tarde, a menos que o indivíduo pertença à minoria em quem os dons psíquicos se intensificam na vida adulta. Isto permite que a psique da criança atue de forma mais precisa do que a do adulto quando abandona a personalidade no processo de adormecer. Esta relativa liberdade da psique em relação à personalidade é frequentemente revelada no delírio.

Estes episódios de chamada ligeireza mental nas crianças são de três tipos, todos atribuíveis à atividade da psique. No primeiro, a criança passa por aquilo a que podemos chamar uma morte menor, em que, no auge da sua doença, a sua psique transita para o outro mundo. (Não me ocupo aqui do uso, por parte da psique, de corpos astrais ou etéricos.) Ele, por assim dizer, "morre", mas não de forma permanente. Entra num mundo de cor viva e pulsante, semelhante ao que é tão frequentemente descrito por entidades desencarnadas que, após a morte, restabelecem comunicação com esta Terra.

Recordo-me com a mesma clareza de ontem da minha excursão fora do corpo aos quatro anos de idade, quando vagueei para outro mundo no auge de uma doença, consciente de que tinha ultrapassado os limites deste mundo. Estava ansioso por dizer à minha mãe (que partilhava o quarto comigo) que a morte não era um tormento e o quanto se ganhava com ela. Escusado será dizer que me mandaram dormir. Nunca esquecerei o vazio que senti ao regressar à vida num mundo em que a verdade não era compreendida. O que foi significativo nesta experiência — que poderia ser multiplicada por muitas crianças, não fora o esquecimento desses episódios — foi que, embora sem dúvida eu tivesse sido descrito, para o mundo exterior, como estando "ligeiro da cabeça", a minha recordação dessa experiência é clara e mais detalhada do que a maioria das ações da minha vida, e a sua realidade está totalmente para além de qualquer dúvida.

A segunda categoria de ligeireza mental ocorre quando as palavras que a criança profere, incompreensíveis para os pais ou para quem a acompanha, são provocadas por entidades possessoras, não necessariamente malignas. Em alguns destes episódios, a criança é clarividente auditiva e produz

conhecimentos inexplicáveis, frequentemente do passado, aos quais não poderia ter acesso na consciência desperta. Muitas vezes está a falar com — e até a ser orientada por — entidades desencarnadas.

Na terceira variedade de ligeireza mental, a criança psíquica explora vidas passadas neste planeta. Este delírio pode ou não ser instigado por entidades possessoras. Por vezes, o próprio advento do delírio sacode o indivíduo para fora do tempo. Fui auxiliado na minha investigação da ligeireza mental nas crianças por um caso claro de delírio ocorrido num adulto, raro hoje em dia devido à ausência, na Europa, de febres debilitantes como a cólera, a febre tifoide e a pneumonia lobar maciça.

Uma rapariga de vinte anos desenvolveu uma pneumonia viral particularmente grave. Esta descrição sombria justificava-se pelo facto de os sinais clínicos e a temperatura resistirem aos efeitos amortecedores dos antibióticos. Num estado de delírio, a rapariga começou a balbuciar uma torrente de nomes medievais franceses de lugares e pessoas. A amiga que a velava escutou atentamente, percebendo que esses nomes poderiam ser do meu interesse. Para além dos nomes, havia uma expressão tumultuosa e angustiada de culpa. A doente insistia que tinha "falhado com eles" e que "tivera medo de estar com eles quando morreram". A partir do que a amiga anotara meticulosamente, pude identificar que esta rapariga também vivera no século XIII. Nessa época, era um homem. Provinha de uma família herética, embora não fosse ele próprio herege.

Os seus instintos de autoproteção impediram-no de se associar demasiado estreitamente aos seus familiares e amigos profundamente envolvidos. Isto explicava a culpa lancinante expressa no seu delírio. Esta rapariga, americana, não tinha conhecimentos de história europeia medieval. Foi possível deduzir, sem qualquer dúvida, o seu nome do século XIII — Arnaud de Mazerolles — o local onde vivera e o papel que desempenhara num período crucial da sua vida anterior. O que lhe aconteceu sob o domínio da pneumonia é vivido por um número considerável de crianças e por alguns adultos. Aquilo que dizem nas suas crises de delírio poderia ser da maior importância se pessoas com suficiente discernimento estivessem presentes à cabeceira. Uma massa de material inestimável deve perder-se no caso das crianças descartadas como "ligeiras da cabeça", simplesmente porque este adjetivo é tomado como explicação suficiente.

Existe por vezes uma forte semelhança clínica entre os terrores noturnos agudos nas crianças e o delírio. Um episódio intenso dos primeiros merece frequentemente, por parte dos pais, a designação de ligeireza mental. Na maior

parte dos casos, os terrores noturnos são acentuados por doenças febris. Nas suas manifestações menos agudas, são muitas vezes descritos pelo qualificativo igualmente insatisfatório e impreciso de "imaginativos". Deve recordar-se que só em época relativamente recente da história da medicina Jung descobriu que o jargão dos esquizofrénicos continha fragmentos de mitologias antigas e que era evidente que frases aparentemente sem sentido eram recordações de práticas religiosas ancestrais. Aquilo que Jung descobriu em alguns casos de esquizofrenia aplica-se ainda mais aos casos de delírio nas crianças.

O delírio infantil, os terrores noturnos e o sonambulismo tendem a confundir-se uns com os outros. Uma criança em estado de delírio pode começar a andar sonâmbula. A prática prolongada do sonambulismo pode mesmo iniciar-se desta forma. Em todas as três condições, o elemento de possessão ou de tentativa de possessão desempenha um papel importante. O que é irritante é que tantos médicos se contentem em atribuir os sintomas do delírio, ou os terrores noturnos acentuados, à febre elevada e à toxicidade. Isto explica apenas o mecanismo de que o delírio necessita para se exprimir. Não explica de todo o conteúdo do delírio nem a sua motivação última. Dizer que aquilo que é dito no delírio não é verdadeiro porque o doente tem febre alta é ridículo. Se o que é dito no delírio corresponde aos factos e à lógica, é fútil excluí-lo ou mesmo ignorá-lo.

CAPÍTULO 6

O SIGNIFICADO PSÍQUICO DA EPILEPSIA, DA ASMA, DA DISPEPSIA E DO ESPASMO CÓLICO

Vimos que o processo de possessão desempenha um papel em perturbações da infância e da meninice como o sonambulismo, os terrores noturnos e a hipercinesia. Existirão outras doenças juvenis cujas características básicas exijam que a criança seja psíquica e que impliquem que os sintomas da doença sejam produzidos por entidades que procuram, ou conseguem, possuir o paciente? Devemos começar pela epilepsia, não apenas porque está entre as primeiras doenças a manifestar-se, mas também porque, sob uma forma ou outra, pode durar toda a vida. Além disso, esta doença reflete talvez mais do que qualquer outra o efeito dramático do mal na doença.

A epilepsia era conhecida no passado, particularmente no Médio Oriente, como a doença sagrada. Subentendia-se que tinha um significado religioso e servia um propósito religioso. É interessante que a atitude de considerar a epilepsia como sagrada se aplique tanto ao Médio Oriente. Isto deve-se ao facto

de essa região ter sido também um viveiro de profetas. São Paulo, devido à sua visão e aos sintomas que a acompanharam no caminho para Damasco, foi descrito como epilético. O mesmo aconteceu com Maomé. Se cito estes casos, não é de modo algum para denegrir a experiência visionária destes profetas, mas para salientar que aceito que a verdade revelada exige frequentemente que os seus expoentes sofram, pelo menos por vezes, de sintomas epiléticos.

Na Antiguidade clássica, os oráculos estridentes, espumando da boca e violentamente convulsionados, eram seguramente epiléticos. O grito do oráculo era, sem dúvida, o grito epilético característico, que começa antes da convulsão e é causado por um espasmo da laringe.

Recorrendo às fontes bíblicas, os milagres em que Cristo curou os possuídos por demónios são, seguramente, mais prováveis de envolver casos de epilepsia do que qualquer outra condição. A esquizofrenia, sobretudo a variedade catatónica, não apresenta o diabolismo sustentado do grito epilético, a rigidez inicial, as convulsões subsequentes, a mordedura da língua e a perda do controlo intestinal e vesical, que distinguem o epilético. Além disso, sabe-se que a epilepsia era comum nos séculos anteriores e posteriores ao advento de Cristo. Este é um ponto importante, porque é errado supor que a esquizofrenia fosse necessariamente comum nessa época só porque hoje é uma ocorrência quotidiana. As doenças variam enormemente na sua incidência ao longo de diferentes períodos históricos.

Além disso, a associação da epilepsia a factores psíquicos é tradicional. Isso está implícito não apenas na precognição e clarividência exibidas pelos oráculos, muitos dos quais devem ter tido características epiléticas. A evidência da Antiguidade, da Idade Média e dos períodos posteriores deve ter sido esmagadora, pois, até ao meu tempo como estudante de Medicina, os manuais ainda reconheciam os dotes psíquicos dos epiléticos. Atribuíam-lhes o fenómeno do *déjà vu*, isto é, a sensação de já ter estado ali antes, que por vezes envolve o dom de ver no passado remoto e de recordar vidas passadas.

Recordo-me de um epilético que tinha este "já estive aqui antes" a tal ponto que conseguia reconhecer não só a forma, o tamanho e a disposição de divisões onde nunca antes entrara, como descrever antecipadamente, em detalhe, o mobiliário e o conteúdo. Tinha também faculdades precognitivas, tal como outra epilética, uma rapariga que sonhou que o pai, que vivia do outro lado do Canal, tinha algo como uma cebola a crescer, camada após camada, no estômago, até aumentar enormemente de tamanho. Em poucos dias recebeu uma carta a dizer que ele estava a morrer de um carcinoma inoperável do estômago. Este tipo de evidência de capacidade psíquica em epiléticos é de

enorme importância porque nos revela que eles possuem o equipamento para o contacto psíquico, favorável ou não, e estão, por isso, abertos ao impacto de entidades desencarnadas, malignas ou benignas.

Ainda mais importante é reconhecer que os nossos contemporâneos altamente psíquicos manifestam frequentemente sintomas que, pelo menos clinicamente, são epiléticos ou muito próximos disso. Pessoas com capacidade para registar, à distância de centenas ou milhares de quilómetros, desastres que acontecem a outros — como doenças graves ou acidentes sérios — entram muitas vezes, ao fazê-lo, num estado em que a consciência do meio envolvente imediato é interrompida e que, com a fixidez do olhar, sugere *petit mal*.

Também vi pessoas a reviver vidas passadas num estado semelhante ao transe, no qual os sintomas apresentados correspondiam aos de *petit mal*, com maior interrupção da consciência, em que a paciente caía ao chão e em que ela — a maioria destes oráculos são mulheres — apresentava contrações musculares idênticas às observadas na chamada epilepsia mioclónica e jacksoniana, isto é, formas da doença em que, em vez da rigidez e das convulsões de toda a musculatura, apenas um número localizado de músculos está envolvido nas contrações. Estes factos são de enorme importância porque mostram como, ainda hoje, o epilético — e aqueles em quem se manifestam características epiléticas na telepatia e no transe — possui uma sensibilidade psíquica que lhe permite estabelecer facilmente contacto com entidades desencarnadas, contacto esse que está na base da possessão.

A criança que morre em convulsões pouco depois do nascimento simplesmente não consegue resistir à toxicidade das entidades malignas que circulam em redor do seu berço. É fácil dizer que a morte, nesses casos, se deve à falta de oxigénio ou a outras perturbações bioquímicas que atuam durante a gravidez da mãe ou no parto. Tais alegações são completamente válidas, mas ocupam-se apenas do resultado imediato nas convulsões e não da sua motivação cósmica.

Passamos destas primeiras manifestações fatais da epilepsia para as suas formas habituais infantis e juvenis. Muitas crianças pequenas, até aos seis ou sete anos ou mesmo mais tarde, estão sujeitas a convulsões se tiverem febre elevada. O início de febres contagiosas e infeções, acompanhadas de temperatura alta, precipita muito frequentemente uma convulsão. Já se disse que, onde um adulto iniciaria uma infeção aguda — por exemplo, pneumonia — com arrepios e tremores, uma criança pequena "celebraria" o início do processo com uma convulsão. Como estudantes de Medicina e jovens médicos, ensinavam-nos a não dar importância excessiva às convulsões em crianças

pequenas com febres altas, e diziam-nos que muitas crianças ultrapassavam essa tendência. Era um conselho sensato. A criança pequena cujas únicas convulsões ocorrem associadas a temperaturas elevadas raramente se torna epilética na adolescência ou na vida adulta. A epilepsia infantil desta natureza ocorre numa idade em que a criança pode também enveredar pelo sonambulismo ou mesmo pelos terrores noturnos, mas a analogia com o sonambulismo é mais próxima, porque neste a criança afasta-se a andar da entidade possuidora, quando esta é maligna, ao passo que na epilepsia mergulha completamente para longe do perseguidor, num estado de aparente inconsciência em que, ainda assim, está consciente das pressões da entidade, devido às convulsões musculares com que procura repelir o invasor.

Ao tratar as diferentes formas de epilepsia, terei de me referir com bastante frequência à força do mal. Por isso, exige-se ao leitor que aceite o que digo sobre o mal como dado adquirido, pois ainda não apresentei a prova completa da sua existência. Isto porque fazê-lo neste ponto implicaria interromper a cronologia deste livro, o que seria um procedimento ilógico (certamente nesta fase da narrativa), tendo em conta quanto da doença psiquiátrica tem origem na infância.

Existem quatro outras formas de epilepsia que se iniciam cedo na vida, se incluirmos, com esta expressão, a puberdade e a adolescência. Em primeiro lugar, há o tipo em que a criança, geralmente um rapaz, é afetada por *petit mal*. Esta condição envolve uma interrupção momentânea da consciência, acompanhada por uma fixidez do olhar. O doente pode ou não cair. Alguns rapazes sofrem literalmente "chuvas" de *petit mal*. Conheci um que tinha até vinte por dia. Casos deste tipo são notoriamente resistentes aos medicamentos. Como compensação, a doença tende a extinguir-se no fim da adolescência ou no início dos vinte anos. O doente referido, agora com vinte e muitos anos, tem em média dois breves episódios de tontura por ano. Nestes casos, o eletroencefalograma é positivo.

Cada episódio de *petit mal* é um exemplo de uma tentativa breve, rápida e mal sucedida, por parte de entidades desencarnadas, de possuir a criança. O facto de falharem é um tributo à resistência da sua psique. Isto também se sugere na maioria dos casos em que o *petit mal* desaparece no fim da adolescência ou no início dos vinte anos. Se continuar inalterado após essa idade, pode ser acompanhado por uma deterioração do carácter, do intelecto e do afeto, análoga ao que ocorre na variedade de epilepsia que descreveremos mais adiante como "idiopática".

O segundo tipo de epilepsia, com início na adolescência ou na puberdade, é aquele em que um pequeno número de crises epiléticas se distribui ao longo de anos e é acompanhado pelo desenvolvimento evidente de dons psíquicos. Nestes casos, o número de crises pode nem chegar a meia dúzia dos doze aos dezoito anos. Os doentes são geralmente muito inteligentes e excecionalmente percetivos e práticos, mais do que intelectuais. Sofrem normalmente de *petit mal*, mas a perda de consciência é muitas vezes mais do que uma ausência momentânea, de modo que o doente por vezes cai. O regresso à consciência é geralmente acompanhado por uma dor de cabeça intensa e ofuscante.

Nestes casos, o eletroencefalograma pode ser negativo, mas é frequentemente equívoco ou mostra uma sensibilidade generalizada do córtex cerebral, distinta da sensibilidade especial do lobo temporal que caracteriza uma variedade de epilético "de raiz". O doente não apresenta sinais do temperamento epilético que caracteriza o epilético idiopático em deterioração, de quem ainda não tratámos. As pessoas que acabei de descrever são geralmente vivazes e extrovertidas, e o seu temperamento contrasta diretamente com o do epilético idiopático.

Uma história como a descrita no parágrafo anterior pode acompanhar o desenvolvimento de factores psíquicos como a precognição e a telepatia. Conheci uma doente com um historial semelhante, cuja telepatia era tal que conseguiu correr em auxílio de uma pessoa que vivia nas proximidades e estava prestes a suicidar-se. A sua precognição era tal que conseguia dizer o conteúdo de cartas antes de serem abertas e prever com exatidão acontecimentos que iriam ocorrer na sua família e no seu círculo imediato. Além disso, tinha uma memória detalhada de uma vida passada como herege medieval. Graças aos seus dons telepáticos, foi um enorme apoio e conforto para quem estava em dificuldades. Enquanto se desenvolvia psiquicamente, estava totalmente exposta ao ataque de entidades possessoras, das quais escapava mergulhando na paz da inconsciência. Na adolescência foi rotulada de epilética. Na vida adulta não apresentava o mínimo sinal da condição. Doentes deste tipo não costumam ver entidades desencarnadas, mas alguns são clariaudientes e ouvem vozes que funcionam como prelúdio da sua perda de consciência.

Existe um terceiro tipo de epilepsia que começa cedo na vida, e até antes da puberdade. No início, pode ter a mesma pouca frequência da epilepsia transitória acima mencionada, que desaparece por completo no fim da adolescência e está obviamente associada ao desenvolvimento de capacidades psíquicas. Neste terceiro tipo, o doente tem a convulsão epilética maior. Tipicamente, sente primeiro uma aura, possivelmente uma sensação de

formigueiro ou dormência, que pode subir por um braço e terminar na garganta. Por vezes, o doente chega efetivamente a ver uma entidade desencarnada na aura. Isto é desvalorizado como um prelúdio alucinatório de uma crise — a descrição comummente oferecida nos manuais quando eu era estudante de Medicina. O doente pode estar a ver uma entidade ameaçadora ou uma figura de uma vida passada.

Após a aura, o doente emite um grito sobrenatural (conhecido como grito epilético), devido a espasmo da laringe. Segue-se uma fase em que toda a musculatura do corpo fica rígida, após o que se liberta em convulsões violentas, durante as quais a língua pode ser mordida e o indivíduo se torna incontinente de urina e fezes. Isto é conhecido como epilepsia maior ou *grand mal*. Note-se o uso significativo da palavra *mal*, que reflete a ligação, com séculos, entre a epilepsia e o mal. Nestes casos, a entidade possuidora entra de forma mais completa no doente do que nas variedades de epilepsia descritas anteriormente. No *petit mal*, o doente resiste ao invasor através de uma perturbação transitória e relativamente superficial da consciência.

No *grand mal*, o mergulho na inconsciência é mais completo; além disso — mesmo enquanto inconsciente — o doente está a lutar com a entidade possuidora, como o demonstram as suas tentativas convulsivas de a sacudir. Em tudo isto, mesmo nos seus esforços para iludir o desencarnado possuidor, o epilético está a atuar como dissipador do mal. Funciona como um íman para entidades malignas. Atrai para si o mal que existe nas suas proximidades e assume a responsabilidade de ele ser dissipado.

Ora, doentes deste tipo podem continuar a ter crises bem dentro da vida adulta e, na verdade, ao longo de toda a vida, sem qualquer deterioração mental. Muitos, de facto, possuem elevada inteligência criativa. Alguns atingem o cume do génio. O supremamente dotado Dostoiévski era epilético. Estes epiléticos dotados e sem deterioração são, em geral, mais da competência do neurologista do que do psiquiatra. Há, contudo, muitos epiléticos que iniciam as suas grandes convulsões (por vezes intercaladas com *petit mal*) cedo na vida e que revelam, desde tenra idade, um temperamento característico, no qual a religiosidade, episódios de extrema irritabilidade seguidos de — ou alternando com — violência não provocada, combinados com convulsões maiores e menores, produzem aquilo a que se chama epilepsia idiopática.*****

A religiosidade do epilético idiopático é singular e dramática. Num minuto pode estar a cantar hinos com fervor e, no minuto seguinte, lançar um ataque furioso ao vizinho, que nada fez para o provocar. A religiosidade de tais epiléticos é significativa. É o derradeiro eco da tradição segundo a qual a

epilepsia foi, e é, conhecida como a doença sagrada. É a recordação, a um nível vagamente consciente de memória longínqua, dos tempos em que, com um nível mais elevado de intuição e desenvolvimento, o doente desempenhava as funções sagradas de atrair para si entidades possessoras do mal, para impedir que outros fossem atormentados e adoecidos por elas. Não devemos esquecer que, ainda hoje, existem sacerdotes taoistas que se especializam em retirar espíritos malignos de outras pessoas para dentro das suas próprias personalidades, reduzindo consideravelmente a sua esperança de vida ao fazê-lo.

A irritabilidade do epilético idiopático é um sinal de que a possessão pela entidade invasora é iminente. Enfermeiros experientes acolhem por vezes com alívio o início de uma série de crises, porque depois de estas ocorrerem o doente fica mais manejável.

A distinção entre a epilepsia idiopática ao longo da vida e os outros tipos que mencionei é que, na primeira, a personalidade se deteriora e o doente acaba por se tornar demente. Antes de isso acontecer, alguns morrem numa sucessão de crises chamada *status epilepticus*. O doente simplesmente não consegue livrar-se da entidade invasora e morre sob as suas atenções. Como veremos mais adiante, a força do mal pode ter um efeito deletério e até fatal sobre a circulação. Alguns epiléticos de longa data morrem no decurso de uma única crise. Outros, que permanecem vivos, tornam-se completamente inertes e adinâmicos, incapazes de cuidar de si próprios e necessitando de enfermagem para sobreviver, pois, sem supervisão, não se alimentariam nem atenderiam às exigências primitivas de higiene. Os epiléticos dementes são casos esgotados. Tornaram-se tão cronicamente possuídos por entidades invasoras que as suas psiques ficam reduzidas a um estado de sonolência parcial, enquanto as suas personalidades se tornam quase vegetativas. Tais epiléticos são os cordeiros sacrificiais do mundo. A sua extinção mental e morte compram a imunidade de outros. São para-raios através dos quais o mal do mundo é "aterrado".

Os epiléticos adultos de longa data, sejam eles pessoas cultas e inteligentes que só consultam o médico duas ou três vezes por ano para ajustar a medicação, sejam exemplos graves da variedade idiopática que permanecem longos períodos em hospitais psiquiátricos, exibem características adicionais às que já mencionámos. Muitos só têm crises a determinadas horas do dia ou em certas estações do ano. Quanto às primeiras, os mais comuns serão provavelmente aqueles em que as crises são quase sempre noturnas. Ninguém explicou adequadamente por que razão alguns doentes só têm crises à noite. Sugerir que isso se deve a variações do metabolismo durante a noite é ocupar-se de factores

secundários ou terciários. Seguramente, o facto de alguns epiléticos terem crises noturnas é explicável por razões análogas às que usamos ao discutir os terrores noturnos. Estes ocorrem enquanto a criança adormece, quando a sua psique se liberta da personalidade. Algumas crises noturnas de epilepsia ocorrem no mesmo momento e pelas mesmas razões. Outras ocorrem durante o sono, quando a psique se afastou ainda mais da personalidade e é invadida por psiques desencarnadas, que precipitam as convulsões. Para o epilético noturno, a noite é, de facto, uma hora de bruxedo.

Outros epiléticos têm crises no início do dia. Pode ser que a hora de acordar traga consigo uma consciência acrescida da entidade invasora, antes de a personalidade se impor sobre a psique.

Pode também existir um factor sazonal na incidência das convulsões epiléticas. Podem, por exemplo, ser mais comuns na Primavera e no Outono, tal como os estados depressivos; nesse caso, devem ser consideradas verdadeiramente sazonais, isto é, precipitadas pelas diferentes vibrações da Terra, da luz e da água prevalecentes nessas épocas do ano. Deve sublinhar-se que não existe uma associação nítida entre convulsões epiléticas e Primavera/Outono comparável à relação inconfundível entre essas épocas e os estados depressivos.

As tendências sazonais para perturbações psiquiátricas — e, sob este título, incluímos insistentemente a epilepsia — ilustram a maior capacidade psíquica do epilético. Sem tal capacidade, ele não conseguiria captar, com toda a sua acuidade, as vibrações que o predispõem para os seus surtos epiléticos. Esta mesma capacidade explica a vulnerabilidade de muitos epiléticos à lua cheia. A ideia de que esta estimula crises numa proporção considerável de epiléticos não é disparate folclórico. É folclore, mas não é disparate, e é confirmada por muitos enfermeiros noturnos que trabalharam durante anos em enfermarias de epiléticos.

Alguns epiléticos têm crises em surtos que parecem sazonais porque ocorrem em determinadas datas, mas que não estão relacionados com os efeitos das vibrações da Terra, da luz e da água, nem com influências lunares e estelares. Assemelham-se àquelas pessoas de que falámos que são, por natureza, muito vulneráveis em certos períodos do ano e que, nessas alturas, são propensas a depressões graves e acidentes. Nestas pessoas, um surto de convulsões epiléticas é uma alternativa à depressão e aos acidentes que, noutros, são induzidos pela possessão. Como vimos anteriormente, admitindo que uma pessoa seja psíquica, a ocorrência de sintomas — sejam eles epiléticos ou depressivos — em épocas quase fixas de cada ano é fortemente indicativa de

possessão. As entidades malignas diferem das psiques desencarnadas comuns em evolução por estarem presas ao tempo, ao ponto de atacarem com precisão cronológica na mesma data, ou durante o mesmo período de dias, ano após ano.

O factor psíquico na epilepsia mostra-se no seu pior e mais dramático aspeto na confusão pós-epilética. Trata-se de um estado de amnésia total em que o doente não tem consciência do que está a fazer, de onde está, nem da sua própria identidade. Neste estado de fuga, o epilético vagueia sem saber para onde vai. No decurso disso, pode cometer crimes de violência sem motivo e repugnantes contra seres por quem não tem qualquer rancor real e que, de facto, lhe são desconhecidos. Antigamente pensava-se que tais estados de confusão e comportamento automático seguiam inevitavelmente as crises. Isto continua a ser verdade em alguns casos, mas, muitas vezes, um automatismo assustadoramente violento é um substituto de uma série de convulsões. Esta é uma das formas mais perigosas de possessão. É a epilepsia no seu aspeto mais ameaçador, porque o epilético já não está a descarregar o mal do mundo através do canal das convulsões, tendo sucumbido a ser um instrumento da entidade possuidora. A fuga epilética é epilepsia sem o efeito purificador da convulsão. Mesmo assim, o epilético está a absorver o mal de outros ao assumir para si um papel culpado.

Ao discutir a epilepsia, excluí da consideração as variedades associadas a lesão cerebral congénita e nas quais pode existir défice mental desde o início. Alguns destes casos podem dever-se ao dano infligido por partos difíceis, caso em que, estritamente falando, não são verdadeiramente congénitos; mas a maioria não tem tal causa e deve ser atribuída a mau funcionamento genético ou a um desenvolvimento anómalo do córtex cerebral ou de outras áreas do cérebro.

Nesses casos, as convulsões não podem ser consideradas causadas por possessão. Devem-se à perturbação da função cerebral causada por defeitos físicos de origem embrionária. Há meio século, supunha-se que havia um enorme factor hereditário direto nesses casos e que um epilético com défice mental teria inevitavelmente de ser encontrado na ascendência imediata. Hoje é comummente aceite que muitas dessas crianças aparecem em famílias em que o historial médico não apresenta qualquer mancha neurológica ou psiquiátrica. Isto porque, ao responder ao misterioso magnetismo da matéria, a psique da criança escolhe os seus pais, e não o contrário. É isto — desagradável para muitos — que explica como tantas crianças com deficiências, com ou sem convulsões epiléticas, nascem de pais indiscutivelmente saudáveis.

Ao sublinhar o papel da possessão na epilepsia e a influência da força do mal nas suas diferentes formas, não estou a rejeitar as causas físicas e bioquímicas aceites para esta condição. Não há dúvida de que o epilético tem um córtex cerebral mais sensível e instável do que a maioria. Há frequentemente uma descida da tensão arterial antes do início das grandes convulsões. Do mesmo modo, pode haver uma queda do açúcar no sangue antes desses fenómenos epiléticos. Devemos também lembrar-nos de que a epilepsia não é uma única doença. É um tipo particular de resposta num determinado plano de consciência e caracteriza-se por uma tendência para convulsionar e/ou perder a consciência. Mas todas estas explicações são apenas o mecanismo fisiológico da resposta epilética. Não explicam por que razão uma minoria no mundo é afligida por convulsões e outros não. Não pode haver dúvida de que aceitar a realidade da possessão nos aproxima da base cósmica da epilepsia.

***** *Nota do autor (traduzida): Alguns autores usam o termo "idiopático" para qualquer forma de epilepsia persistente, excluindo condições produzidas por irritação cerebral devida a tumores, sequelas de meningite ou lesão cerebral congénita. Eu prefiro usar o termo "idiopático" para significar aqueles com o temperamento bastante distintivo peculiar a este tipo de epilético.*

Outra doença em que a possessão desempenha um papel é a asma. Vimos isto no caso do rapaz cujo registo clínico começou com eczema infantil e que, nos primeiros anos de vida, teve também convulsões infantis, sonambulismo e asma, estando claramente possuído. Deve entender-se que aqui se fala apenas de asma com início precoce e não atribuível a alergia. Nem nos ocupamos de condições terminais como a asma cardíaca, em que a dificuldade respiratória é atribuível à falência do coração. Escusado será acrescentar que a maior parte da asma é uma doença psicogénica, em que o espasmo brônquico se deve sobretudo à ação de complexos recalcados e/ou a factores de stress. Neste livro limito-me aos casos de asma em que os factores psíquicos desempenham um papel dominante na causalidade.

Pode perguntar-se em que circunstâncias o asmático é vulnerável à possessão. Na verdade, a sua asma é um sinal de menor vulnerabilidade. Com frequência, refere uma história de outras incapacidades na infância, quando tinha consciência de ter sido tomado por uma entidade invasora. A asma é uma resposta muito limitada a tentativas de possessão. Não perde a consciência como o epilético. O factor de possessão na asma é muitas vezes secundário à influência de circunstâncias externas. O asmático, quando as condições climáticas e outras condições externas lhe são desfavoráveis, quase sempre "escapa" com asma brônquica como substituto da possessão.

Escusado será dizer que a asma na infância só pode ser considerada psíquica se a criança já tiver exibido provas manifestas de capacidade extrassensorial. Isso surgirá sobretudo sob a forma de precognição, quer em sonhos quer em vigília. A coexistência de terrores noturnos agudos é igualmente importante. Muitas crianças iniciam a asma como resposta a essas materializações aterradoras. Deve notar-se que a retenção da respiração que ocorre na asma é equivalente à que acompanha um terror intenso. Esta interferência com a respiração pode ocorrer após um terror noturno fulminante ou como consequência de algum episódio de sonambulismo. A criança pode não ter tanta consciência de um "Isso" invasor como no sonambulismo. Esquece o que originalmente precipitou o medo, mas retém a dificuldade respiratória a ele associada. Em crises posteriores, responde à aproximação de uma entidade invasora com um episódio de asma antes de conseguir tomar consciência do invasor como "Isso". Em alternativa, o hábito asmático pode estabelecer-se pela repetição de um terror noturno específico ou pela presença de uma figura que se repete de forma constante numa série de terrores noturnos.

O que deve ser sublinhado com grande cuidado é que a asma envolve espasmo dos músculos dos brônquios. Estes são constituídos, basicamente, por aquilo a que se chama músculo liso. Isto significa músculo cujo movimento não está sob controlo da vontade, ao contrário do que acontece com o movimento dos membros e do tronco. O músculo liso é o principal elemento estrutural das vísceras, como os brônquios, o coração e os intestinos. As suas contrações são automáticas e o indivíduo, em condições normais, não tem consciência dos movimentos dos músculos lisos de que as vísceras são compostas. Ora, vimos na epilepsia que a grande convulsão é frequentemente iniciada pelo grito epilético devido a espasmo da laringe. Este espasmo, tal como o espasmo brônquico do asmático, constitui uma tentativa de resistir à invasão da entidade possuidora, fechando as vias de entrada. No asmático adulto, esta explicação da função do espasmo aplica-se apenas aos casos com início na infância e em que foram excluídos factores alérgicos e outras causas.

Existem ainda duas outras condições, com origem na vida adulta, em que ocorre este elemento protetor do espasmo e nas quais se pode demonstrar que uma proporção significativa de casos é psíquica. São elas a dispepsia duodenal ou úlcera e o espasmo cólico.

As duas condições duodenais mencionadas envolvem ambas espasmo do piloro. O piloro é a faixa de músculo liso interposta entre o estômago e o duodeno. "Duodeno" é o nome dado à primeira secção do intestino delgado após a saída do estômago. Na dispepsia duodenal, os sintomas característicos

são esvaziamento rápido do estômago, acompanhado por dor que é aliviada ao comer. Na úlcera duodenal, ocorre ulceração efetiva ao nível do piloro, visível por radiografia. O piloro controla o enchimento e o esvaziamento do estômago. Quando entra em espasmo, o estômago esvazia rapidamente e o doente sente fome uma hora e meia ou duas horas após uma refeição.

Os doentes duodenais são frequentemente psíquicos, embora os seus atributos extrassensoriais estejam ocultos sob uma máscara de eficiência materialista, na tentativa de "vencer o relógio". Tipicamente, provêm de pessoas cuja capacidade psíquica foi severamente reprimida. Por essa razão, os sintomas só aparecem na vida adulta. O doente tem frequentemente dons de precognição e telepatia. Ele, tal como os doentes de enxaqueca que estudaremos no capítulo seguinte, tem muitas vezes a capacidade de registar, sem que lhe seja dito, as doenças, acidentes e desastres que acontecem a pessoas que vivem à distância e que, frequentemente, partilham as suas próprias capacidades psíquicas. O facto de ambas as partes serem dotadas psiquicamente facilita a troca telepática entre elas, mas não é essencial que ambos os parceiros tenham tais dons.

A forma mais comum de o tipo duodenal manifestar a sua capacidade de comunicar, à distância, com os doentes e aflitos é através de episódios de esvaziamento rápido do estômago, com duração de alguns dias. Nestas circunstâncias, não se trata apenas de dores de fome duas horas após as refeições, aliviadas com uma merenda. O indivíduo mantém-se continuamente "vazio", e a ingestão de alimentos parece atuar como um reflexo para novo esvaziamento, de tal modo que o doente continua a sentir-se oco e vazio mesmo depois de uma refeição substancial. Conheci doentes que sofriam destes episódios — em que o estômago esvazia com grande rapidez — e que foram durante anos descartados como "handicaps" por reflexos gastrointestinais anormalmente ativos. E são-no, mas qual é a causa? Muitos exemplos deste tipo foram atribuídos a conflitos recalcados e repressões não reconhecidas, como seria de esperar, dado que todos nós somos, em maior ou menor grau, afetados por isso, quer os nossos conflitos e repressões resultem ou não em sintomas. O que é significativo é que o tratamento nestas linhas deixa os sintomas sem controlo. Deve entender-se que os reflexos gástricos anormalmente ativos, que resultam em espasmo pilórico, são mais um sinal da associação entre espasmo do músculo liso e atividade psíquica.

O cólon é outro órgão que parece especialmente sensível nos indivíduos psíquicos. A manifestação mais comum de perturbação cólica associada à atividade psíquica é o espasmo cólico. Os sintomas desta condição são dor,

sobretudo na parte inferior esquerda, flatulência — muitas vezes resultando numa dilatação enorme do abdómen — e obstipação teimosa, frequentemente alternando com períodos de diarreia. Nestes casos, a telepatia e a precognição estão associadas aos sintomas descritos, mas de forma menos direta e imediata do que no espasmo pilórico com esvaziamento rápido do estômago. Outro factor na causa dos sintomas é o reconhecimento de entidades desencarnadas. Isto faz-se muitas vezes ao longo do tempo e contra grande resistência. Uma perceção incompleta ou resistida de entidades desencarnadas pode durar anos e estar associada a sintomas cólicos.

Os sintomas referíveis ao cólon estão frequentemente associados à recordação, abaixo do nível consciente, de acontecimentos de encarnações passadas. Quando esta é a explicação, a perturbação cólica ocorre no mesmo período do ano em que, numa vida anterior, a vítima foi alvo de desastres. Conheço um caso em que acontecimentos na Idade Média resultavam, regularmente nesta vida, em sintomas cólicos na segunda quinzena de Maio. Outro exemplo é a ocorrência, novamente nesta vida, em Outubro, devido às reverberações de acontecimentos ocorridos em Cumberland no século VII d.C.

A perceção, pelo cólon, de fenómenos psíquicos parece ocorrer a um nível profundo. Os sintomas referíveis ao cólon são notoriamente resistentes aos medicamentos. A secção superior do tubo digestivo — isto é, o estômago e o duodeno — responde muito melhor. A resistência do cólon à medicação pode relacionar-se com o facto de este ser o foco preferencial da longa batalha entre, por um lado, a perceção crescente de entidades desencarnadas e de encarnações passadas e, por outro, a repressão exercida pela personalidade.

A perturbação do cólon pode evoluir do simples espasmo cólico — visível por radiografia e acompanhado por dor, distensão e obstipação teimosa — para a colite mucosa, em que a frequência das dejeções e a eliminação de muco são sintomas comuns. Um desenvolvimento adicional é a colite ulcerosa, envolvendo ulceração do cólon, com eliminação não apenas de muco mas também de pus e acompanhada de ulceração. Estas condições, em que o tratamento — para além da intervenção cirúrgica na colite ulcerosa — é meramente paliativo e pouco eficaz, ocorrem quando as tendências psíquicas do doente, manifestadas na infância, foram submetidas a repressão prolongada e persistente.

CAPÍTULO 7

A SEMELHANÇA PSÍQUICA ENTRE A ENXAQUECA E A DOENÇA DE MÉNIÈRE

A enxaqueca está entre as outras doenças, frequentemente com início na infância, em que o factor psíquico é importante. Ao abordar esta doença, é necessário definir o que se entende por este termo, que, sobretudo entre leigos, abrange toda a variedade de dores de cabeça associadas à tensão nervosa. A verdadeira enxaqueca é uma entidade bem definida, em que uma dor de cabeça intensa começa regularmente num ponto e pode mesmo confinar-se a um lado da cabeça. A visão do doente fica comprometida. Nos casos graves, a pessoa não consegue ler porque os músculos oculares perdem o poder de coordenação fina necessário à leitura. Aparecem diversos padrões diante dos olhos. Entre eles, os mais conhecidos são os espectros de fortificação, em que o doente vê desenhos semelhantes às muralhas de uma fortaleza. O doente sofre também frequentemente de náuseas e vómitos e pode ficar prostrado pelos sintomas durante quarenta e oito horas.

A enxaqueca é tão comum que não se pode considerar todos os enxaquecosos como psíquicos. Para começar, existe um factor hereditário marcado. Aqui devemos lembrar-nos de que os dons psíquicos podem ser herdados. Depois há o tipo de enxaqueca que é essencialmente um mecanismo neurótico de proteção pessoal, muitas vezes provocado por stress doméstico. Esta doença também ocorre quando a curva de tensão do doente está a subir vertiginosamente ou quando ele é confrontado com uma situação difícil ou temida. Voltando às causas físicas, alguns casos de enxaqueca são de origem alérgica. Ainda assim, uma proporção considerável de casos desta patologia é de origem psíquica. Destes, existem várias categorias.

A primeira ocorre associada ao tipo de epilepsia em que raras crises de inconsciência, espaçadas ao longo de anos, estão ligadas ao desenvolvimento psíquico e, em particular, à perceção de entidades possessoras. As crises de enxaqueca podem intercalar-se com raras crises de epilepsia ou podem surgir após o aparecimento da doença referida. Uma rapariga que sofrera três episódios de inconsciência na adolescência, enquanto recordava uma vida passada, foi encaminhada para um neurologista. Este diagnosticou epilepsia. Mais tarde, esta afeção infrequente desapareceu por completo e foi substituída por enxaqueca, de que ainda sofre mais de trinta anos depois. Nestes casos, a substituição da epilepsia por enxaqueca indica uma maior resistência às entidades invasoras.

Na segunda categoria de enxaqueca, embora os factores psíquicos sejam de grande importância, a influência da possessão está ainda mais reduzida e é quase negligenciável. Crises bem definidas de enxaqueca podem começar tão cedo como aos sete ou oito anos. Encontram-se muitas vezes em crianças com sonhos precognitivos, capazes de prever acontecimentos durante a vigília. Essas crianças são frequentemente vítimas de terrores noturnos. O enxaquecoso tem consciência da presença de entidades desencarnadas, mas não lhes sucumbe tão completamente como o epilético e o sonâmbulo. Não cai nem em inconsciência nem em sonambulismo. O doente com enxaqueca é, por excelência, um perceptor de factores psíquicos, incluindo entidades desencarnadas, mas não um candidato à possessão.

Uma proporção destes doentes com enxaqueca pode ser considerada como sofrendo de "dores de crescimento" psíquicas, que acompanham o desenvolvimento de faculdades extrassensoriais. Quando estas ficam plenamente estabelecidas e são aceites pelo doente, a enxaqueca pode cessar.

O terceiro tipo de enxaqueca muitas vezes só se revela na vida adulta. O dom psíquico predominante que a acompanha é a telepatia. Doentes deste tipo são capazes de registar imediatamente, mesmo a distâncias de centenas ou milhares de quilómetros, que outras pessoas na mesma "frequência" ou muito próximas deles foram atingidas por doença. A reação é mais instantânea e aguda se a vítima do infortúnio tiver conhecido o que sofre de enxaqueca numa encarnação anterior.

Numa ocasião, uma mulher em França deitou-se com uma enxaqueca excruciante no momento em que um homem com quem partilhara mais do que uma encarnação caiu, como se tivesse sido abatido a paulada, no seu primeiro ataque da doença de Ménière. Uma mulher na Suíça não conseguiu levantar a cabeça da almofada durante dois dias, devido a enxaqueca ofuscante, sempre que duas amigas — ambas psíquicas como ela — estavam em aflição. Uma dessas amigas, no Novo Mundo, era marcadamente propensa a acidentes e sujeita a profundas crises de depressão agitada. Outra, em Inglaterra, cambaleava de crise em crise, que ocultava com grande fortaleza, mas não da amiga na Suíça, que reagia imediatamente e, com a regularidade de um relógio, a essas diversas desgraças com crises incapacitantes de enxaqueca. A sua resposta somática era tão aguda que a descoordenação dos músculos oculares não só tornava impossível a leitura como lhe provocava visão dupla.

Apenas uma pequena proporção dos que sofrem de enxaqueca tem consciência de que funciona como sismógrafo, registando os abalos que atingem os seus amigos. Uma observação mais cuidada das circunstâncias em

que ocorrem as crises de enxaqueca e um maior reconhecimento dos factores extrassensoriais envolvidos deverão permitir, no futuro, compreender mais claramente a relação entre a enxaqueca e, em particular, a atividade telepática.

Por vezes, a captação de desastres à distância resulta não só em enxaqueca, mas também numa depressão aguda concomitante. Noutros sensíveis, a aquisição dos sintomas de outra pessoa pode alternar com a enxaqueca. Por vezes, o sensível terá sintomas de espasmo coronário se um amigo noutro país estiver assim afetado. Noutras ocasiões, responde simplesmente com sintomas de enxaqueca.

Este registo de desastres que ocorrem à distância pode produzir, no sensível, depressão ou esvaziamento rápido do estômago, em vez de enxaqueca. Qual a doença que se manifesta depende da constituição fisiológica do indivíduo e, em particular, da constituição do seu sistema nervoso central. Há pessoas em quem o plexo solar parece ser um aparelho recetor mais potente do que o cérebro. Essas pessoas têm maior probabilidade de sofrer de esvaziamento rápido do estômago do que de enxaqueca.

Outro tipo de enxaqueca é aquele que é precipitado pelo contacto com o mal. Mais adiante trataremos o assunto com maior profundidade. Numa pessoa cujas perceções atingem o nível extrassensorial, o contacto com um transmissor humano da força do mal pode produzir enxaqueca severa com duração até trinta e seis ou quarenta e oito horas, acompanhada por náuseas, visão dupla, manchas e padrões anómalos diante dos olhos, bem como tonturas e perturbação do equilíbrio — sintomas estes que o que sofre de enxaqueca partilha com a vítima da doença de Ménière, que, além disso, sofre de ruídos na cabeça e é suscetível de cair subitamente como se tivesse sido abatida. Conheço uma mulher que reage deste modo com tanta regularidade a pessoas que, à superfície, pareceriam ter um historial irrepreensível, que quase funciona como papel de tornesol humano, separando as ovelhas dos bodes. A partir de sensíveis tão poderosos como a mulher mencionada, outros, de constituição semelhante, podem à distância partilhar sintomas de enxaqueca com o seu confrade mais diretamente exposto ao impacto do mal.

Por vezes, a enxaqueca pode ser captada a partir de um lugar, e não de uma pessoa, como quando o sujeito é exposto a uma atmosfera contaminada por entidades desencarnadas ou em que ocorreu uma tragédia. A enxaqueca de tais fontes é muito menos comum do que a que provém de agentes humanos.

Numa outra variedade de enxaqueca, a pessoa que precipita a crise no sensível não é necessariamente má, mas pode estar — com ou sem motivo —

venenosa e hostilmente voltada contra o doente. Mesmo entre sujeitos de enxaqueca bem equilibrados e psiquiatricamente estáveis, essa hostilidade pode bastar para produzir uma crise. Ou pode acontecer que não haja mal nem hostilidade na pessoa que precipita a crise; é apenas que o sistema vibratório total dos dois protagonistas está em comprimentos de onda inteiramente diferentes. B está condenado a ser sempre encarado por A não só como uma dor no pescoço, mas como uma dor na cabeça. Até a expressão coloquial "dor no pescoço" pode ser exata em termos patológicos. Alguns casos de enxaqueca começam tão atrás, na região occipital do crânio, que parecem ter origem no pescoço.

Perceções de vibrações discordantes, não pessoalmente dirigidas à vítima, também podem causar enxaqueca. Isto nota-se mais na perceção auditiva. Ouvir música baseada na repetição incessante de dissonâncias, alimentadas por um máximo de decibéis, pode dar origem a esta condição. Com esta afirmação, não estou apenas a dizer que o barulho nos dá dor de cabeça. Refiro-me à indução de enxaqueca clássica. Esta pode ser produzida não apenas por ruído excessivo e desarmonia geral, mas por certas combinações de dissonâncias intoleráveis para o sistema nervoso do indivíduo exposto a elas. É preciso aceitar que a má arte — que inclui música mais devedora de frenesim diabólico do que de harmonia — pode produzir sintomas.

Um efeito semelhante pode ser produzido por discordância visual. Conheci uma mulher altamente psíquica, telepática em estado de coma, e com dons psicométricos que lhe permitiam deduzir o estado de saúde de uma pessoa a partir de algumas linhas de texto dactilografado. Sofria de enxaqueca se visse certos tons de vermelho e púrpura em estreita justaposição. Nesta doente, a perceção extrassensorial era quase uma extensão natural dos seus cinco sentidos extremamente refinados. Conseguia detetar insetos minúsculos na relva que, para a maioria, eram quase invisíveis. Conseguia identificar aves pelo som das asas antes de se tornarem visíveis. Nela, o sexto sentido era quase um reforço tangível dos outros cinco.

Até aqui vimos que a enxaqueca nos adultos é, tal como a epilepsia e a asma, uma afeção transmitida ao doente pela psique de outra pessoa viva — seja esta um amigo doente, um transmissor do mal, um inimigo ou simplesmente alguém com quem existe extrema incompatibilidade de temperamento e de "frequência". Estamos, de facto, a lidar com algo recolhido sobretudo de outros humanos e não de desencarnados. Existem, contudo, duas categorias isentas desta regra geral.

A primeira — e a mais comum — é aquela em que a enxaqueca está associada à capacidade de perceber entidades desencarnadas. Esta capacidade é classicamente acompanhada por uma síndrome especial chamada enxaqueca sensorial. Nesta doença, os sintomas clássicos mais dramáticos que descrevemos não ocorrem. O doente raramente tem dor de cabeça e, embora possa sentir náuseas por vezes, raramente vomita. Tem, porém, todas as perturbações visuais em pleno grau e como que "pressionadas para baixo".

O que distingue esta síndrome particular da enxaqueca clássica é que o doente apresenta, além disso, perturbações da sensibilidade de dois tipos. Pode sofrer de dormência e formigueiro, muitas vezes começando nos dedos e estendendo-se até ao ombro. Note-se a semelhança com a aura da epilepsia, onde o contacto com desencarnados é revelado de forma mais clara e dramática no fenómeno da possessão. Esta dormência ou formigueiro pode afetar todo um lado do corpo, incluindo uma face e metade da língua. O doente sofre também de sintomas mais dramáticos de "alucinações" do olfato e do paladar. Pode suportar durante horas, e até durante dois dias, um sabor doce enjoativo na boca. Pode ser inundado por perfumes doces de diferentes variedades. É aqui que nos aproximamos do cerne da questão. Estes sintomas são estimulados pela presença de desencarnados. Ocorrem regularmente quando o indivíduo está a desenvolver a capacidade de contacto com seres do outro mundo.

Posso falar com especial autoridade e sentimento sobre este assunto porque já lá vão mais de trinta anos desde que fui diagnosticado como sofrendo de enxaqueca sensorial por um neurologista recordado com afeição e um pouco de temor como, possivelmente, o maior expoente da sua especialidade na Europa do seu tempo. Nessa altura, tinha dormência e formigueiro no braço esquerdo. Num excesso de autoanálise errática, acreditava estar a identificar-me com um amigo que perdera o braço esquerdo na campanha da Tunísia. A perturbação sensitiva começava com formigueiro e terminava com dormência. O formigueiro na metade esquerda da língua era irritante e perturbador. O que era enlouquecedor e mais perturbador era a persistente doçura na boca, como se eu tivesse estado a chupar comprimidos de sacarina.

Além disso, havia alturas em que eu continuava a cheirar perfumes deliciosos quando a sua matéria-prima não estava presente. Eram dois perfumes. Um tinha uma doçura viva e refrescante. O outro era o cheiro de madeira de cedro. Eu poderia ser desculpado por me perguntar se estes sintomas — que pareciam alucinações do paladar e do olfato — não seriam sintomas de um tumor cerebral. O Dr. Gordon Holmes assegurou-me que não, mas foram precisos mais vinte anos até eu começar a ver o seu verdadeiro significado, e

ainda mais tempo até conseguir identificar com precisão a condição. Então aprendi que o formigueiro nos meus braços era, combinado com os meus outros sintomas, um sinal de que desencarnados estavam prontos a estabelecer contacto comigo, mas eu não estava pronto para os receber.

Outras pessoas constataram que o formigueiro no couro cabeludo, combinado com outros sintomas de enxaqueca, é uma indicação especial da presença de desencarnados ou de contacto iminente com eles. Mais tarde, aprendi que as duas chamadas alucinações do olfato que experimentara indicavam a presença de dois desencarnados distintos. O cheiro vivo e doce que mencionei era o do álamo-bálsamo. Indica que um certo revenante com quem partilhei encarnações na Idade Média e mais tarde está presente e deseja comunicar comigo. Sente-se este perfume especialmente quando se está em companhia e ela não consegue comunicar comigo verbalmente. O cheiro de madeira de cedro também indica a presença de alguém com quem partilhei várias encarnações.

A enxaqueca sensorial é um sinal de consciência em crescimento, e não já alcançada, da presença de desencarnados, porque, quando adquirimos a capacidade de comunicar com eles, os sintomas de enxaqueca sensorial — exceto o perfume, que funciona como sinal — tendem a desaparecer. Na presença dos desencarnados, tudo o que me resta da minha enxaqueca sensorial é o cheiro a álamo-bálsamo.

A segunda forma de enxaqueca no adulto que não é produzida por contacto psíquico com os vivos ocorre quando o doente a adquire no processo de recordar encarnações passadas. Aqueles que estão constituídos de modo a terem memória longínqua direta não costumam sofrer assim. Os que recordam em sonhos podem ser afligidos por enxaqueca severa. Isto acontece porque recordar em sonhos, e não em consciência desperta, indica um grau de repressão que aumenta a tensão.

Três pessoas, em dois países distintos, recordaram independentemente umas das outras e por memória longínqua direta — memória esta que, num caso, foi reforçada por intervenção de um desencarnado — acontecimentos de uma encarnação no século VII d.C., em Cumberland. Esses acontecimentos envolviam ver um lago de forma característica, uma igreja, um carvalhal com um duplo círculo de pedras e — para além do carvalhal — uma montanha com um cume cónico. Num terceiro país, ao mesmo tempo que as outras três pessoas recordavam por memória longínqua, uma mulher sonhava, em noites sucessivas, com a cena idêntica e ficou prostrada por enxaqueca durante a maior parte de uma semana. Este é um fenómeno invulgar, porque a enxaqueca raramente dura

mais de dois dias e, quando se prolonga para além disso, pode existir um elemento neurótico. Não era esse o caso aqui. A duração excessiva da enxaqueca desta mulher não é surpreendente. Não é todos os dias que se recorda com tal clareza os pormenores de uma vida passada.

A enxaqueca pode também ocorrer não apenas no processo de começar a recordar encarnações anteriores, mas a partir da recordação direta de incidentes que ocorreram em vidas passadas. Isto pode acontecer quando o sensível visita um lugar onde, numa vida anterior, ele ou ela atravessou um período de sofrimento extremo. Uma mulher, ao regressar de um local onde, numa encarnação precedente como homem, fora espancada e torturada, sofreu de enxaqueca severa, com dor de cabeça ofuscante e sintomas oculares marcados. Existem outras pessoas cujos períodos de recordação são acompanhados regularmente por perturbações visuais como incapacidade de focar, ao ponto de o indivíduo não conseguir ler nem distinguir os traços das pessoas que passam do outro lado da rua. Os doentes com estes últimos sintomas sofrem quase invariavelmente também de diversos padrões diante dos olhos, incluindo os tradicionais espectros de fortificação.

O doente com enxaqueca é, em essência, menos vulnerável do que o epilético. Não está à mercê dos desencarnados e não é possuído por eles. Tem grande sensibilidade a atmosferas, sobretudo geradas por pessoas. A contribuição do epilético para a vida é negativa. Não consegue resistir à possessão. O que padece de enxaqueca é, do ponto de vista terapêutico, mais criativo. Capta instantaneamente e à distância as misérias e desastres que afligem os outros. Ao fazê-lo, fica apto a socorrê-los rapidamente. Muitas vezes conheci pessoas assim constituídas largarem tudo e apressarem-se a visitar aqueles com quem estão sintonizadas, encontrando os seus pressentimentos bem fundados e os doentes a sofrer de doença física ou psiquiátrica grave.

A minoria destes que sofrem de enxaqueca altamente telepáticos vai ainda mais longe e chega a assumir efetivamente as dores e os sintomas da condição de que amigos à distância estão a sofrer. Tais reações somáticas podem alternar com enxaqueca "pura". Esta assunção dos sintomas alheios ocorreu regularmente no caso de uma mulher com enxaqueca que tomou sobre si a dor e o impacto sofridos por uma amiga que teve uma fratura da tíbia num acidente de viação. Quando as extremidades fraturadas estavam a ser alinhadas sem anestesia, antes de se colocar a perna em gesso, a doente não sentiu dor alguma. A sensível em questão, a mais de cem quilómetros de distância, sofreu não só dor como um inchaço acentuado e descoloração do terço inferior da

tíbia. Chegava mesmo a sentir-se na perna dela a separação dos fragmentos ósseos no local da fratura que assumira.

O elemento de espasmo ocorre na enxaqueca, tal como na epilepsia, na asma e nas perturbações duodenais e cólicas. Embora outros factores fisiológicos, incluindo bioquímicos, possam contribuir para o quadro clínico, a visão mais aceite sobre a patologia da enxaqueca é que envolve o espasmo de uma das artérias cerebrais de menor calibre.

É muito significativo que a enxaqueca, a epilepsia e a asma ocorram frequentemente na mesma família. O eczema infantil poderia razoavelmente ser acrescentado a esta lista, mas será tratado mais desenvolvidamente quando nos ocuparmos do aspeto vibracional da doença. Para além desta tendência familiar, é bastante comum que duas ou mais das doenças acima ocorram no mesmo indivíduo. Vimos que a enxaqueca pode suceder à epilepsia na mesma pessoa. Alguns indivíduos têm o infortúnio suficiente para serem propensos a enxaqueca e asma. Na infância, sofreram frequentemente de sonambulismo. Os terrores noturnos são comuns no historial de pessoas que padecem deste grupo de doenças. Em suma, nestas patologias estamos a lidar com a herança de uma constituição psíquica. A psique da criança é atraída, por um magnetismo misterioso que desconhecemos, para o complexo psique-personalidade da mãe; mas, para além do impulso cósmico, não há dúvida de que as potencialidades psíquicas são herdadas como o cabelo ruivo e traços faciais distintos.

Não há dúvida de que a enxaqueca e a epilepsia são formas totalmente diferentes de resposta a factores psíquicos. O facto de a primeira ser infinitamente mais comum e nada tão incapacitante é prova suficiente da diferença de gravidade entre as duas condições. Ainda assim, encontramos na vida adulta — para além do facto de a enxaqueca poder suceder à epilepsia em algumas pessoas — casos de enxaqueca que partilham com o epilético a capacidade de ver alucinações visuais antes do início das crises. Um autor famoso via regularmente, antes de uma das suas crises de enxaqueca, uma mulher vestida com traje galês e um chapéu piramidal. Isto era citado num dos manuais que eu usava como estudante, mas o seu significado foi completamente ignorado.

Os casos de enxaqueca inaugurados por alucinações visuais são um exemplo da herança psíquica comum que a doença partilha com a epilepsia. As alucinações visuais baseiam-se geralmente em terrores noturnos anteriores na vida presente do indivíduo, ou surgem de encarnações passadas. Conheci indivíduos psíquicos que, antes de entrarem em transe, tinham tais auras alucinatórias e viam figuras como as que descrevi. Quando o estado de transe

envolve os olhos ficarem vazios, o rosto congestionado, o doente gritar e perder a consciência, é legítimo considerar que a aura precedeu a perturbação epilética. Há outros casos em que os sensíveis veem figuras semelhantes — quer do passado, quer uma repetição de terrores noturnos — mas em que os sintomas acompanhantes ou subsequentes são menos dramáticos e em que o doente emerge do transe com um ataque clássico de enxaqueca, envolvendo dor de cabeça intensa que começa num ponto, com sinais oculares e náuseas.

Tanto a epilepsia como a enxaqueca são induzidas cosmicamente, mas o epilético está sempre mais fundo na selva cósmica do que o doente com enxaqueca, e sofre mais em consequência. Deve acrescentar-se que há pessoas sujeitas a estados de transe que, em momentos diferentes, apresentam sintomas ora epiléticos ora enxaquecosos.

Outro factor que sugere uma base psíquica cósmica para a enxaqueca e a epilepsia é que, na primeira, é muito comum a vítima sentir um estado de bem-estar excecional ou mesmo de exaltação antes do início de uma crise. Muito frequentemente, quanto mais alegre é o estado prodrómico, mais severa é a crise que se segue. Ora isto é muito análogo ao que pode acontecer na epilepsia. Embora o epilético idiopático institucionalizado, condenado à demência, possa anteceder a sua série de crises com irritabilidade acrescida, o epilético inteligente, ambulatório e não demente pode ter uma experiência totalmente diferente. As suas crises podem ser precedidas por um estado que roça — e por vezes atinge — o êxtase.

Dostoiévski disse que a sensação de alegria inexprimível experimentada nos dez minutos que precediam as suas crises valia o resto da sua vida e que trocaria de bom grado toda a sua existência por elas. O que Dostoiévski descreveu foi esse estado de bem-aventurança intemporal, de Unidade, de completude total, em que o indivíduo se sente para além do bem e do mal e que é a base da experiência mística. São fenómenos que não podem ser vividos sem o abandono total da personalidade. É evidente que, nesses sentimentos exaltados antes da crise, Dostoiévski — e outros epiléticos como ele — estavam a sentir e a exprimir-se através de uma psique separada da personalidade. O bem-estar alegre de muitos que padecem de enxaqueca antes de serem abatidos pela sua condição é um equivalente — embora menos exaltado — da bem-aventurança prodrómica concedida a alguns epiléticos e descrita de forma tão vívida e verdadeira por Dostoiévski.

É característico da epilepsia, da enxaqueca, da asma e do espasmo duodenal e cólico que os sintomas surjam em surtos. Há períodos em que o doente está intensamente perturbado pela sua síndrome particular. Noutras

alturas, desfruta de semanas e, muitas vezes, de meses de remissão completa. Isto contrasta diretamente com doenças agudas como a pneumonia, que têm um curso curto e intenso, carregado de sintomas dramáticos, e com doenças crónicas como as diferentes formas de artrite, que acompanham o doente de forma constante, permitindo, quando muito, um dia ocasionalmente melhor ou pior.

A distribuição dos sintomas em surtos, nas doenças que estamos a considerar, é em grande medida influenciada por variações do "clima" psíquico. As entidades possessoras são notoriamente sazonais ou ligadas ao tempo nas suas atividades. Isto contribui para a distribuição esporádica dos sintomas na epilepsia, asma, enxaqueca e outras doenças que mencionámos. A perceção psíquica é, em geral, notoriamente variável. Existem períodos repletos de sincronizações psíquicas, bem como de telepatia, clarividência e precognição, em que tudo parece acontecer ao mesmo tempo. E existem também épocas em que a psique parece estar em pousio. Estas variações na atividade psíquica estão associadas à tendência para a enxaqueca, a epilepsia, o espasmo duodenal e o espasmo cólico se manifestarem em surtos.

O sonambulismo, os terrores noturnos, a epilepsia, a enxaqueca e a asma podem, assim, em graus diferentes, ser respostas à atividade psíquica. O grau em que o factor psíquico desempenha um papel varia entre estas doenças. É cardinal no sonambulismo e nos terrores noturnos. É considerável na epilepsia e na enxaqueca, embora não explique todos os casos dessas condições. É uma influência importante em algumas variedades de asma, com origem na infância.

Não sei exatamente o que leva uma criança a responder a uma entidade possuidora, seja por sonambulismo, seja por asma; mas isso depende obviamente da sua constituição inata, em particular do grau de sensibilidade do seu sistema nervoso autónomo. Esta parte do sistema nervoso é a responsável pelo controlo dos músculos que servem as vísceras, isto é, sobretudo os dos aparelhos circulatório e digestivo. Se existir um foco de menor resistência no músculo liso dos brônquios, a criança será propensa a asma. Se o seu sistema autónomo for menos vulnerável, poderá optar pela resposta mais total e menos detalhada do sonambulismo. Pode também herdar uma instabilidade inata do córtex cerebral, determinando que a sua principal resposta a factores psíquicos seja a epilepsia.

Deve procurar-se, na história pregressa de todos aqueles em quem estas doenças começam na infância, um historial de partos difíceis e terrores noturnos, juntamente com evidência de precognição, telepatia, clarividência e memória da infância que se estenda aos primeiros meses de vida. Evidência de

gravidezes e partos difíceis não se encontra inevitavelmente na história destas patologias. Será descoberta com frequência surpreendente, mas não é essencial, porque a lesão de base com que lidamos em todas estas condições é uma psique altamente desenvolvida, com memória aguda, e que partilha com a mãe uma relutância acima da média em confrontar o ato de nascer.

O que se pode fazer para proteger as pessoas do sonambulismo e dos terrores noturnos? Em ambos os casos, o início é demasiado rápido para se poder fazer muito quanto aos sintomas propriamente ditos. Além disso, é tradição não se acordarem os sonâmbulos. É reconfortante saber que a vasta maioria ultrapassa a condição com o crescimento. Os terrores noturnos atingem o pior quando as crianças estão doentes, com febres altas. Os terrores muitas vezes diminuem com a descida da temperatura. Os fármacos anticonvulsivantes reduzem a incidência da epilepsia envolvendo o psíquico tanto quanto reduzem a da não psíquica. Não existe um único medicamento que cure a enxaqueca, psíquica ou não psíquica, mas, afinal, esta não é uma doença mortal.

Antes de encerrar esta secção sobre perturbações com origem na infância, é necessário considerar outra doença, com a mesma semelhança familiar, mas que se origina na vida adulta. Trata-se da doença de Ménière, caracterizada, como vimos, por ataques de tonturas, ruídos constantes e muitas vezes aterradores nos ouvidos, perda de equilíbrio e quedas, juntamente com náuseas e vómitos. Não é surpreendente que a doença de Ménière partilhe alguns sintomas com a enxaqueca. Nesta, podem surgir as mesmas perturbações oculares e as mesmas tonturas, náuseas e vómitos que na doença de Ménière. Isto não é surpreendente porque o doente adulto com Ménière é frequentemente "recrutado" daquele que, em criança, teve enxaqueca, ou que provém de um tronco familiar contaminado por uma ou mais das doenças que referimos particularmente neste capítulo, mas que, por repressão intensa, consegue conter a erupção dos sintomas — que é sinal de repressão das atividades psíquicas — até à meia-idade.

A verdadeira doença de Ménière começa muitas vezes nos quarenta ou cinquenta anos. O adjetivo "verdadeira" é aqui usado para excluir da nossa consideração as perturbações do labirinto com sintomas do tipo Ménière atribuíveis a infeções virais, mas que desaparecem em poucas semanas ou meses. A doença de Ménière clássica, nas mulheres, pode coincidir com o início da menopausa. Mas as afiliações psíquicas não podem ser postas em dúvida. Vi doentes em que os ruídos na cabeça eram indicações claras de que entidades desencarnadas estavam a tentar estabelecer contacto com eles e eram impedidas de o fazer pela resistência do doente, baseada na repressão da sua

psique. Em muitos desses casos, o contacto com desencarnados acabou por ser estabelecido.

Como regra geral, estes doentes falam com desencarnados, em vez de os verem, mas ambas as vias de comunicação estão abertas. Conheço casos em que a doença de Ménière, iniciada por ruídos na cabeça, foi seguida, geralmente com um intervalo de anos, por vozes desencarnadas a transmitir informação detalhada, verificável e até então desconhecida para o doente, sobre vidas passadas ou acontecimentos presentes. Quando o doente adquire a capacidade de falar com desencarnados, os ruídos na cabeça cessam, embora não necessariamente de imediato. Estes ruídos são, essencialmente, esforços da própria personalidade para desfocar as mensagens que os desencarnados desejam transmitir. As tonturas e as quedas devem-se ao facto de o doente estar, sem o saber, num estado intemporal.

Fica tonto porque o seu sentido do tempo está deslocado. Cai pela mesma razão, porque as quedas indicam uma desorientação dramática e súbita no espaço, sendo este um quociente do tempo. É apenas lógico que, dada a perturbação do seu sentido temporal, a vítima da doença de Ménière se ocupe frequentemente de vidas anteriores. Nos seus sintomas, está a recordar abaixo do nível consciente. Quando ocorre recordação efetiva, os sinais e sintomas tendem a diminuir de intensidade. Já não fica tão sujeito às quedas súbitas e dramáticas, aparentemente sem causa. Esta atenuação dos sintomas não é, de modo algum, invariável. Há quem continue a sofrer quedas súbitas sempre que se envolve numa descida convincente para trás, em direção a vidas passadas. Quando a recordação de existências anteriores está ativa, estão presentes tonturas e sintomas oculares, como incapacidade de focar e a presença de manchas, vírgulas, padrões em ziguezague e espectros de fortificação diante dos olhos.

Para além de acompanharem o desenvolvimento da memória longínqua, os sintomas quer da doença de Ménière quer da enxaqueca podem seguir-se a incursões positivas em vidas passadas. Estas reações exprimem uma incapacidade de sintetizar plenamente o presente e o passado muito distante. Muito frequentemente existe uma síndrome mista, em que o doente com enxaqueca de base acrescenta vertigem objetiva e tendência para cair aos seus sintomas fundamentalmente enxaquecosos. A síndrome fundida enxaqueca–Ménière é um desenvolvimento lógico, dado que muitas vítimas da doença de Ménière reprimiram os seus sintomas psíquicos desde a infância. Se isso não tivesse acontecido, teriam "escapado" com enxaqueca. Após anos de repressão, a irrupção na meia-idade tem necessariamente de ser mais dramática.

Falámos da semelhança familiar entre certas doenças. Acabei de sublinhar que a semelhança entre a enxaqueca e a doença de Ménière é suficientemente próxima para tornar aceitável um produto fundido das duas. O leitor terá também notado a semelhança entre a doença de Ménière e a epilepsia, sobretudo da variedade *petit mal*. Uma queda súbita no início da doença de Ménière é muito semelhante à que ocorre em variedades mais graves de *petit mal*, acompanhadas por perda de consciência. Aceitamos que, sem dúvida, o epilético está inconsciente nas suas crises de *petit mal*. Teremos seguramente de aceitar que existe alguma alteração da consciência quando o doente de Ménière atinge o chão numa das suas quedas absolutamente instantâneas. Devemos reconhecê-lo tanto mais quanto a deslocação temporal é vivida no próprio acto de cair.

Será que alguns casos de doença de Ménière poderiam ter-se manifestado, na infância, por fenómenos francamente epiléticos, não fora a força da repressão? Encontrei certamente casos de Ménière na vida adulta em que havia clara evidência de interrupção transitória da consciência na infância. Talvez estejamos justificados em encarar Ménière como uma espécie de epilepsia ligeira e tardia. Para além das quedas não premeditadas, há outros sintomas que o doente de Ménière partilha com o epilético. Muitos destes últimos sentem tonturas, quer antes quer depois das crises, ou experimentam tonturas como substituto delas. Um certo número tem ruídos na cabeça, sobretudo após as crises.

Maomé tem sido descrito como epilético, mas poderá ter sido um caso de doença de Ménière, e o som de sinos que ouvia poderia ter sido precedido por ruídos menos classificáveis, mas excruciantes, nos ouvidos? Se assim foi, não terá sido o primeiro comandante de exércitos a ser afligido por tal condição. O duque de Wellington sofreu, sem dúvida, de doença de Ménière.

Falei da experiência de exaltação ou mesmo de êxtase que por vezes surge como prelúdio de uma crise de epilepsia e de enxaqueca e que indica que a psique já se está a separar da personalidade e a iniciar o mecanismo do ataque. Há vinte e quatro anos estive acamado com doença de Ménière. Após a minha primeira crise, em que caí absolutamente sem aviso, houve uma remissão de várias semanas antes de me sentir desequilibrado. Acabei por ter de suspender a atividade, à medida que todo o panorama sombrio da doença de Ménière se desenrolava. Numa ocasião, estando deitado na cama, tive uma sensação indescritível de bem-aventurança, em que me senti para além do tempo e para além do bem e do mal. A sensação de estar para além do tempo foi acompanhada por um sentimento de que não havia necessidade de ação ou

reação e de que, naquele instante, eu estava a experimentar a imortalidade; de facto, que o instante e a eternidade eram idênticos. Não posso deixar de comparar esta experiência ao êxtase associado a alguns casos de epilepsia e de enxaqueca.

A doença de Ménière é, na verdade, mais uma daquelas doenças em que a batalha entre a psique e a personalidade é mais visível. Há momentos em que a libertação da psique do aperto da personalidade se manifesta na experiência mística.

Mais uma vez, como na epilepsia, na enxaqueca, na asma e nas perturbações duodenais e cólicas, o elemento do espasmo é primordial. A doença de Ménière é uma perturbação do labirinto, um dos principais mecanismos de equilíbrio do corpo, situado perto do ouvido médio. A causa precipitante mais comum dos sintomas desta doença é o espasmo do vaso que fornece sangue ao labirinto.

Outras causas, como a infeção viral do labirinto, podem, enquanto duram, levar a sintomas semelhantes aos da doença de Ménière, mas resolvem-se mais rapidamente do que a síndrome clássica, que pode arrastar-se durante anos e é atribuível a espasmo arterial. Tal como na maioria das outras doenças de que tratámos em especial, o espasmo destina-se a excluir a entidade invasora. Nas crises epiléticas e asmáticas das crianças, o espasmo é sobretudo dirigido contra um desencarnado maligno. Na doença de Ménière, o indivíduo está a fazer precisamente o contrário. Está, literalmente, a tapar os ouvidos a instruções que poderiam acelerar a sua evolução psíquica e espiritual. No processo de bloquear as vozes que procuram estabelecer contacto com ele, substitui palavras de sabedoria por uma cacofonia de ruídos agudos, estridentes ou sibilantes.

CAPÍTULO 8

A NATUREZA VIBRATÓRIA DAS MANIFESTAÇÕES DO BEM E DO MAL

Ao discutir a etiologia das doenças que mencionei até agora, referi frequentemente a força do mal, em particular ao tratar dos terrores noturnos, dos tiques obsessivos e das condições em que a possessão desempenha um papel. Torna-se agora necessário considerar mais profundamente um factor que é primordial na indução de doença psiquiátrica propriamente dita e que desempenha um papel importante em muitas doenças aparentemente físicas, nas quais já se reconhece um factor psiquiátrico causal. Faz parte da minha tese que, demasiadas vezes, a designação "psiquiátrica" é melhor substituída por "psíquica".

Não me ocupo do mal como conceito verbal visto do ponto de vista teológico ou metafísico. O mal não é a soma dos pecados, tal como o poder da bondade não é gerado pela ausência de faltas. Há indivíduos muito falíveis e, aos olhos do mundo, errantes, que emanam bondade, tal como alguns dos nossos ultra-respeitáveis pilares e sustentáculos da sociedade, irrepreensíveis do ponto de vista ético, irradiam mal. Embora não me ocupe do mal do ponto de vista filosófico, importa assinalar que a crença de que o mal não existe realmente — de que é o aspeto negativo do bem, ou apenas a ausência desta qualidade — é uma das falácias mais lamentáveis da filosofia europeia, seja clerical, seja leiga.

O mal é uma força como o som, a luz e o calor e, como elas, os seus efeitos podem ser observados em ação. É interessante que exista um culto popular, amplo e bem estabelecido, a Ciência Cristã, baseado sobretudo na não existência do mal. Ainda assim, isto não é nem de longe tão perigoso como a atitude contemporânea dos psiquiatras, em geral, perante aquilo que é, indiscutivelmente, a questão mais básica de todas: o combate eterno entre o bem e o mal. Com exceção de Jung e de um punhado de praticantes preocupados em ligar as suas conceções de psiquiatria à doutrina cristã, a influência da especialidade como um todo tem sido abolir o mal — não como força, porque nunca o reconheceu como tal — mas até como conceito verbal útil.

Aquilo que originalmente era bem e mal tornou-se, para conveniência da existência em rebanho, "certo" e "errado", isto é, certo ou errado para a comunidade. Deus, a realidade e os aspetos cósmicos da questão foram sendo gradualmente excluídos da consideração. A abordagem tornou-se sociológica ou, no seu aspeto mais pretensioso, liberal-humanista. Com o advento da psiquiatria, as pessoas deixaram de ser boas ou más e passaram a ser estáveis ou

instáveis e, mais um passo, ajustadas ou desajustadas. Neste ponto, subentendia-se que se estava a ajustar, ou não, à secção da sociedade mais próxima de nós: aos pais, parentes, escola e meio social imediato. A cisão atual é entre os que aceitam as implicações da vida no grupo e os que a rejeitam. A ética do grupo é determinada por aqueles de persuasão agnóstica ou ateia. Certamente não conseguimos imaginar melhor receita para uma sociedade totalitária ou para a fragmentação final de toda a civilização; mas tais atitudes são cegas para a realidade do bem e do mal. Esta é uma situação mortal, porque quanto menos acreditamos na realidade da força do mal, mais vulneráveis lhe ficamos. Aquilo que está implícito nas Escrituras foi dramaticamente expresso por Goethe no *Fausto*.

Se acreditamos numa força do mal, temos também de aceitar que ela é transmitida por vibrações, porque sabemos que é por ondas de diferentes amplitudes e frequências que outras forças, como o som, a luz, o calor e a eletricidade, se difundem. A natureza vibratória das manifestações do mal é, como veremos, claramente revelada em ação e é acessível à observação clínica. Antes de abordar um caso específico das vibrações do mal, mencionarei alguns casos em que nem o bem nem o mal estão especificamente envolvidos, mas que revelam a capacidade do sensível para perceber vibrações. Muitas vezes, esta capacidade é acompanhada por uma acuidade extraordinária dos cinco sentidos básicos, como se o indivíduo dotado de perceção aguda de vibrações fosse possuidor de um sexto sentido que fosse uma extensão lógica dos outros cinco.

Uma mulher possuía uma audição tão apurada que conseguia ouvir claramente, para seu próprio embaraço, cada palavra proferida pelos vizinhos que conversavam no passeio para além da sebe, no fundo do seu jardim. Quando foi minha paciente no hospital, sob os meus cuidados, chamou-me a atenção para o facto de conseguir ouvir todas as palavras de uma conversa que eu tivera com uma enfermeira-chefe. Tenho naturalmente uma voz baixa e sempre tive especial cuidado em garantir que nenhum doente consiga ouvir o que digo acerca dele. Temos, pois, de reconhecer nesta paciente um talento excecional para captar vibrações sonoras.

Ao longo de toda a sua vida, esteve intermitentemente sujeita a uma sensação aguda de formigueiro nos dedos. Isto ocorria com frequência quando, à distância, recordava súbitas deteriorações do estado de saúde da sua família, extremamente propensa à doença. Como resultado desta capacidade digital para registar o desastre, os seus dedos ficavam inflamados e inchados. O seu médico de família considerou-a artrítica e encaminhou-a para um especialista como possível caso de artrite. Este é mais um exemplo da sua capacidade para

registar vibrações. A perceção da doença em membros da sua família que não via não podia ser atribuída à perceção por qualquer um dos seus cinco sentidos básicos. Era transmitida por qualquer força que se revelava sob a forma de vibração nos seus dedos.

Certo dia, foi subitamente atingida, com a força de um martelo, por um terrível ataque de depressão que coincidiu com o momento em que o seu filho foi retirado do rio, aparentemente morto. Isto indica seguramente, tendo em conta outras provas da sua capacidade de perceber vibrações, que mais uma vez se sintonizou com o comprimento de onda de qualquer força que lhe permitia saber aquilo de que não tinha consciência a nível consciente: que o seu filho fora dado como morto ao ser retirado do rio.

Existem outras influências às quais o indivíduo está sujeito que são de natureza vibratória e cuja génese está irrefutavelmente para além da esfera da personalidade humana. Após quarenta anos de prática clínica, não tenho qualquer dúvida quanto à influência da lua cheia no agravamento dos sintomas de esquizofrénicos, epiléticos e — em menor grau — obsessivos. A lua cheia pode também afetar outros que não se enquadram em nenhuma categoria psiquiátrica.

Um amigo meu que trabalhava como interno num hospital vienense jantava fora, em Viena, quando o anfitrião lhe chamou a atenção para ruídos vindos do andar de cima. Seguiu o anfitrião e viu algo que lhe deixou uma impressão indelével. O filho do seu amigo caminhava com absoluta segurança, em estado de sonambulismo, ao longo das estreitas grades metálicas que rodeavam uma antiga cama em forma de berço. O meu amigo disse que esta proeza igualava, no mínimo, o que se poderia esperar de um acrobata treinado. Só ocorria quando a lua estava cheia. Tirando este estranho sonambulismo, o rapaz era perfeitamente normal. Pode dizer-se que aqui estão em jogo mais influências do que o simples efeito da luz lunar. Esta poderá ter estimulado alguma recordação proveniente da intrincada selva da mitologia. Possivelmente, o rapaz estava possuído. Mas mesmo admitindo estas outras possibilidades, devemos lembrar-nos de que a luz física positiva da lua foi necessária para produzir este efeito extraordinário. A luz lunar, como toda a luz, é essencialmente uma energia expressa em vibrações.

Já aceitamos o efeito da lua sobre as marés devido a observações feitas ao longo de milénios e porque os cientistas o confirmaram. Se admitimos que a lua exerce um poder compulsivo sobre o enorme potencial dos oceanos, será assim tão difícil aceitar a sua influência sobre um ser relativamente insignificante e falível como o homem?

Algumas pessoas são particularmente sensíveis ao trovão. Não me refiro ao fenómeno bastante comum da inquietação e irritabilidade quando há trovoada, mas àqueles que conseguem perceber a sua aproximação horas antes de o céu escurecer e que sentem, para além dos sintomas gerais já mencionados, formigueiro no couro cabeludo e o cabelo a eriçar-se. Conheci vários médiuns, incluindo a mulher cujo filho foi retirado do rio, que eram extremamente sensíveis ao trovão. Uma delas era telepática em estado de vigília, nos sonhos e até em coma. Era também clarividente. Sonhou que um amigo fora acometido por uma dor nas costas e estava rodeado de pessoas solidárias. No dia seguinte, ele apresentou sintomas de uma hérnia discal parcial.

O trovão e o relâmpago são o resultado de perturbações elétricas na atmosfera. Não há dúvida de que a eletricidade é um fenómeno vibratório. Aqueles que predizem a sua chegada através dos seus sintomas são particularmente sensíveis às vibrações.

Os animais percebem em virtude da sua capacidade de registar vibrações. Tive uma paciente que sofrera durante vinte anos de epilepsia. Começara com convulsões maiores clássicas, mas nos últimos anos sofria apenas de crises de petit mal, com breves momentos de olhar vazio, terminados por quedas. Esta mulher, extremamente sensível ao trovão, tinha um cão pequeno que começava a ladrar aos primeiros sinais de um ataque, isto é, assim que os breves segundos de ausência surgiam nos olhos da dona. A validade deste fenómeno foi confirmada por um inquilino que referiu que o seu problema era correr para junto da senhoria a partir de outro andar assim que o cão ladrava, para a amparar antes que caísse.

Qual é a explicação deste fenómeno? É excessivo supor que o animal nunca tirasse os olhos da dona e passasse os dias à procura de sinais de ausência iminente. Ele captava as vibrações da doença iminente e possivelmente de alguma entidade possidente.

A personalidade de um animal é mínima em comparação com a de um ser humano. Por essa razão, estando a sua psique menos obstruída pela personalidade do que a nossa, é frequentemente capaz de captar as vibrações emitidas pelas pessoas e pelos ambientes melhor do que nós. Quando vivi numa casa assombrada, o meu cão percebia a entidade desencarnada mais vezes e mais rapidamente do que eu ou outras pessoas. Houve ocasiões em que não consegui, por encorajamento, persuasão ou força, fazê-lo subir ao primeiro andar, um território muito frequentado pelo nosso visitante desencarnado. Ele ficava plantado num dos degraus, a rosnar, com o pelo eriçado na nuca e ao longo da parte superior da coluna. Este último fenómeno, chamado

«horripilação», é seguramente uma resposta a vibrações. Quando o pelo se ergue na parte de trás do nosso próprio pescoço, sentimos normalmente um formigueiro subjacente na pele.

A proprietária de algumas grutas célebres abertas ao público contou como um dos seus gatos, habituado a visitar as grutas, nunca ultrapassava um determinado ponto. Mais tarde, foi descoberto um esqueleto exatamente nesse local. Com qual dos seus cinco sentidos poderia o gato ter sabido da presença de um esqueleto? A perceção psíquica desta natureza deve certamente operar através de vibrações. Esta explicação torna-se ainda mais válida quando o animal regista algo à distância.

Um dos meus cães, diferente do já mencionado, colocava-se regularmente à janela da frente da sala de jantar do rés-do-chão cinco minutos antes de eu aparecer para tomar uma chávena de chá à tarde. Eu chegava a horas variadas e de todas as direções, mas a empregada considerava o movimento do cão para o seu posto de vigia como sinal do meu regresso iminente e punha a chaleira ao lume quando o ouvia aproximar-se da janela, após o que eu nunca deixava de aparecer. É difícil explicar fenómenos como estes de outra forma que não seja com base na psique de um ser humano a emitir um determinado sistema de vibrações registado pela psique do cão.

Vimos que vibrações de natureza mista podem ser captadas à distância por homens e animais. Sem dúvida que algumas das vibrações assim percecionadas são de natureza maléfica, mas antes de prosseguir nesta consideração convém perguntarmo-nos que provas temos da realidade da força do mal. Podemos abordar esta questão da mesma forma que a questão mais ampla da existência da psique. Podemos ver o mal em ação. Podemos, de facto, observar os seus resultados clínicos. Mas como podemos saber que é realmente a força do mal que está a produzir os sintomas que observamos?

Só podemos aceitar aquilo que nos é refletido por pessoas altamente psíquicas que, no passado e ao longo de longos períodos, se revelaram não só da mais elevada integridade como também infalivelmente exatas nas suas observações e prognósticos. As nossas testemunhas pertencem àqueles cujas façanhas de precognição se mostraram, no passado, infalivelmente corretas. A precognição e a clarividência podem ser avaliadas com rigor através da observação clínica ou mesmo da perceção comum. Se uma pessoa sensível afirma que determinada pessoa adoecerá numa certa data, ou que consegue ver um acidente em que um amigo estará envolvido no futuro, a validade de tais presságios é fácil de estabelecer: ou acontecem como previsto ou não acontecem.

Demasiados investigadores psíquicos excessivamente céticos não se apercebem de que, em tais matérias, o indivíduo psíquico pode igualar a precisão, por exemplo, de uma análise ao sangue na confirmação da existência de anemia perniciosa ou leucemia. Ao fazer tais comparações, devemos também lembrar-nos de que a perceção diagnóstica do sensível funciona de imediato. Fazer uma contagem sanguínea leva tempo.

Quando as nossas fontes de evidência disseram, em diferentes ocasiões, que determinado acidente ocorreria em tal lugar, a tal hora, ou que uma antiga cruz significativa ou outro memorial seria encontrado em certos locais que elas próprias nunca visitaram, e quando outros descobriram posteriormente que o que os seus informadores disseram era verdadeiro ao mais ínfimo detalhe, somos levados a admitir que as suas psiques, tendo percecionado tanto que é verificável em termos concretos e mundanos, possuirão também a capacidade de registar o impacto do mal. Se já sabemos que tais pessoas registam com exatidão, no momento da sua ocorrência, acidentes e desastres que acontecem a outros a milhares de quilómetros de distância, é razoável aceitar a sua afirmação, talvez menos impressionante, de que adquiriram uma alergia a um ser humano que reconhecem como irradiando vibrações de mal.

A força do mal é percecionada pela psique. Não pode ser registada pela personalidade, embora esta sofra os seus efeitos. Segue-se que esta força é também transmitida a nível psíquico. Na produção de doença nos seres humanos, o mal depende em grande medida de transmissores humanos. Estes são reconhecidos como tais por pessoas psíquicas que desenvolvem sintomas que só podem resultar do contacto com eles. Foi a partir de indivíduos percetivos como estes que obtive a minha informação.

Um dos primeiros sintomas do contacto com um transmissor do mal é a náusea e o vómito. Uma mulher, no seu primeiro encontro profissional com um homem cujo historial e comportamento eram impecáveis, teve de se desculpar apressadamente e vomitar antes de regressar para iniciar a entrevista. Teve simultaneamente uma sensação de tensão e horror. Isto aconteceu duas vezes por semana durante três semanas. O visitante voltou a vê-la após um intervalo de meses, novamente para meia dúzia de entrevistas. O mesmo aconteceu em cada ocasião. Um ano mais tarde, voltou a visitá-la segundo o mesmo padrão. Nessa altura, ela aprendera a gerir os seus sintomas de tal forma que sofria apenas de náuseas extremas enquanto falava com o cliente, sempre e apenas sobre assuntos profissionais, conseguindo vomitar abundantemente depois de o acompanhar até à porta.

Como se pode ter a certeza de que os seus sintomas eram atribuíveis à presença deste homem? Porque, na altura em que o via, não tinha, exceto na sua presença, nada remotamente comparável a esses sintomas, apesar de ver dezenas de pessoas por semana no exercício da sua profissão. Mais tarde, teve a mesma experiência, em momentos diferentes, com dois ou três outros visitantes, mas embora reagisse a esses transmissores humanos do mal, nunca apresentou o mais leve sintoma de perturbação gastrointestinal na presença de outros clientes.

Pode dizer-se que se tratava de uma reação histérica? Se assim fosse, por que razão seria a sua histeria tão seletiva nas suas manifestações? Teriam todos os entrevistados cabelo ruivo e teria ela uma fobia a ruivos? Não havia tais acompanhamentos nestes casos. Mais importante ainda: a mulher em causa não é histérica. A contribuição mais importante da psiquiatria moderna para o conhecimento é o simples facto de que as perturbações psiquiátricas nunca surgem do nada e são meramente acentuações de traços já presentes no carácter do indivíduo. Esta mulher situava-se no pólo dramaticamente oposto ao do histérico. Não tinha qualquer da hipersugestionabilidade típica desse tipo. Nem tinha qualquer lesão gastrointestinal que pudesse ter sido responsável pelos seus sintomas.

O vómito violento provocado pelo contacto com o mal é interessante. É como se a vítima estivesse, em termos coloquiais, a expulsar o veneno do seu organismo através do vómito. Em alguns casos, o contacto com transmissores humanos deste tipo produz uma perturbação gastrointestinal mais completa, com diarreia para além do vómito. Quando o mal é conscientemente e maliciosamente dirigido por uma pessoa psíquica contra um indivíduo, podem ocorrer os mesmos sintomas.

A resposta mais imediata seguinte ao impacto do mal envolve a pele. Talvez a reação mais comum seja uma alergia indistinguível da urticária de células gigantes, vulgarmente chamada urticária. O rosto e os lábios são imediatamente afetados. As faces ficam cobertas de bolhas esbranquiçadas rodeadas por halos vermelhos. As pápulas contêm líquido. Os lábios ficam particularmente inchados e deformados. Esta reação ocorre geralmente poucos minutos após a exposição à fonte contaminante, mas tende a extinguir-se espontaneamente ao fim de vinte e quatro horas.

Outra reação cutânea, produzida nas circunstâncias descritas, é uma erupção papular. Pequenas pápulas pálidas, bastante grandes mas ainda assim menores do que as pápulas da erupção anteriormente referida, surgem — não de imediato — mas algumas horas após a exposição. Uma terceira reação

cutânea ocorre apenas se a vítima tiver tocado no visitante. Neste caso, existe um período premonitório de várias horas durante o qual o doente, ou vítima, sente irritação e formigueiro nas palmas das mãos. Sintomas desta natureza e nesta localização são comuns em pessoas com uma capacidade altamente desenvolvida para perceber os extremos do bem e do mal em pessoas e lugares. Quando o contacto foi direto, prolongado por cerca de meia hora a uma hora, e quando o doente tocou no visitante, ocorre descamação das palmas das mãos no decurso de doze horas. O restabelecimento da normalidade pode demorar alguns dias.

Estas afeções cutâneas poderiam ser confundidas com reações alérgicas, particularmente no caso da urticária, devido à rapidez da sua instalação. Uma planta, um detergente ou um cosmético não podem ser responsabilizados nos casos que descrevi. Mais uma vez, estes sinais e sintomas manifestam-se apenas em relação a indivíduos específicos, em pessoas atarefadas que veem dezenas de pessoas por dia. Não apresentam incidência sazonal, como sucede com aqueles que são sensíveis a diferentes pólens. Isto não significa que o mal não desempenhe um papel em algumas doenças cutâneas que são, com razão, consideradas basicamente alérgicas. Se uma pessoa desenvolve regularmente aquilo que, por alguma razão oculta, se chama febre dos fenos em maio, com a floração do pilriteiro, tal é considerado alérgico se pudermos admitir que a data de início dos sintomas varia com a estação.

Os sintomas surgem mais cedo quando maio floresce mais cedo e vice-versa. Se, porém, a alergia ocorre todos os anos, por exemplo, a 2 de maio, independentemente de o pilriteiro ter acabado de florir ou já ter ultrapassado o seu auge, poderemos estar perante um daqueles fenómenos de aniversário comuns na possessão. Isto foi evidente no caso da mulher que reconheceu ter sido possuída e ter perdido cinco semanas da sua vida e que — com a regularidade de um relógio — começava a sofrer de corrimento nasal incessante e asma num dia fixo de julho. Este era também o mês em que entrava num estado terrível de depressão devido à possessão. É significativo que esta mulher tivesse uma pele altamente sensível e fosse capaz de produzir, em segundos, uma erupção papular quando emocionalmente comovida, não pela diminuição do afeto humano, mas pela visão de flores ou de uma paisagem bela.

Esta questão do mal e da génese das afeções cutâneas é muito importante do ponto de vista terapêutico. A questão do tratamento não se coloca tanto nos doentes que sofrem vómitos após o contacto com transmissores do mal, porque os sintomas, embora violentos e breves, são espaçados e o próprio doente sabe, pela sua reação subjetiva, o que causou o problema. A situação é um pouco

diferente no caso das lesões cutâneas mencionadas, pois a urticária de células gigantes é assustadora pela sua súbita aparição, é deformante e dura, afinal, várias horas. As outras duas variedades de dermatite que mencionei duram mais tempo. É perfeitamente concebível que o doente, sobretudo se for mulher, recorra ao médico. No estado atual do conhecimento, que diagnóstico poderia este fazer senão o de alergia, a menos que recorresse ao conveniente transtorno de ansiedade de «neurodermatite»? Que abordagem terapêutica poderia ele ou o dermatologista empregar? Poderia, com base nos sintomas apresentados, submeter inutilmente o doente ao processo moroso e muitas vezes estéril da dessensibilização. Tantas pessoas se revelam sensíveis a tantas substâncias que me surpreende que a alergia não seja infinitamente mais comum do que é.

Anti-histamínicos, frequentemente soporíferos e depressivos, poderiam ser prescritos para aliviar sintomas que, de qualquer modo, desaparecem quando as vibrações do mal diminuem de intensidade. A roupa do doente, particularmente se contiver lã ou fibras sintéticas, poderia ser encarada com suspeita. Mais difícil ainda, o doente poderia ser encaminhado para um psiquiatra, uma vez que quanto mais esclarecido for o dermatologista, mais consciente estará dos fatores emocionais como possíveis precipitantes dos sintomas. Procurar conflitos e repressões enterrados onde eles não existem, ou pelo menos não estão relacionados com os sintomas dermatológicos, é inútil, induz tensão e pode ser perigoso.

Outra consequência indubitável e quase imediata do contacto com transmissores do mal é a propensão para acidentes. Esta manifesta-se geralmente no espaço de dois dias após o contacto. Pode consistir em quedas inexplicáveis e violentas, sem tonturas premonitórias. Algumas destas quedas são, de facto, indistinguíveis das quedas fulminantes frequentemente observadas no início da doença de Ménière. É como se a vítima sofresse de uma forma abortiva e concentrada desta síndrome. Não é que o contacto com o mal seja uma causa primária da doença de Ménière, mas a vítima desta condição, se entrar em contacto com o mal, é propensa a uma acentuação grave dos seus sintomas. Afinal, a doença de Ménière é uma aflição de pessoas psíquicas, fora do tempo, especialmente vulneráveis à energia do mal. Algumas destas quedas podem ser graves e envolver fraturas ou osteíte.

Nos tempos modernos, os acidentes mais dramáticos e graves resultantes do contacto com o mal ocorrem na condução automóvel. Eu próprio tive uma experiência indubitável desse tipo, com três quase-acidentes em vinte minutos após um contacto indesejado com personagens duvidosas. Outros que conheci, todos eles condutores cuidadosos e atenciosos, estiveram envolvidos em dois

ou três acidentes de viação no espaço de poucos dias. Estes acidentes apresentam frequentemente certas características comuns. Aqueles que estiveram em contacto com transmissores humanos do mal são muitas vezes totalmente incapazes de explicar como ocorreu o acidente. Por vezes, nenhum dos condutores consegue oferecer uma explicação razoável para o sucedido. É claro que pelo menos o condutor sensível que esteve em contacto com o mal sofreu uma interrupção momentânea da consciência. Em alguns casos, este fenómeno pode ter sido comum a ambos os condutores.

A interrupção da consciência num condutor tornado vulnerável pela energia do mal assemelha-se a um ataque de petit mal. Esta desorientação temporária pode ser produzida pelo contacto direto com a força do mal, mas o elemento de possessão deve ser seriamente considerado, como no caso de uma mulher exposta a transmissores do mal que teve, em poucos dias, o mesmo acidente no mesmo ponto da mesma estrada. Isto sugere possessão, mais do que o simples efeito de uma força do mal transmitida através de um ser vivo. É excessivo supor que o indivíduo tóxico para a vítima estivesse no mesmo local da estrada à mesma hora em duas ocasiões sucessivas.

Certamente, para além de irradiar a energia do mal, um transmissor humano pode ele próprio estar possuído. Esta última explicação deve explicar o caso da mulher constantemente envolvida em acidentes graves, incluindo desastres catastróficos em automóveis. Num deles, uma amiga que seguia no mesmo carro sofreu, entre outras lesões, uma fratura do crânio e esteve durante dias em perigo de vida. Noutro, uma amiga morreu. A própria médium propensa a acidentes foi internada no hospital após um dos seus acidentes rodoviários, com uma concussão grave, para além de lesões físicas. Noutra ocasião, encontrava-se a fazer compras quando um carro subiu para o passeio e a atropelou.

O que é significativo é que esta paciente, após um ataque excruciante de depressão, foi reconhecida como possuída por três outros médicos, além do psiquiatra responsável. Um dos seus acidentes mais graves ocorreu na época do ano em que era particularmente vulnerável ao desastre, fenómeno que já vimos ocorrer na possessão.

Deve compreender-se que, em geral, a propensão para acidentes induzida pelo contacto com transmissores vivos do mal é de duração limitada, ao passo que algumas pessoas, em certas famílias, são propensas a acidentes durante toda a vida ou durante uma parte substancial dela.

Mencionei estas três sequelas imediatas do mal porque são tão evidência do mal em ação quanto a telepatia e a precognição são sinais de atividade psíquica. No que respeita aos transmissores desta força, temos de admitir, por mais desagradável e assustador que possa parecer, que existem indivíduos, muitas vezes com registos irrepreensíveis, que, em grande parte sem o saberem, irradiam o mal tal como outros irradiam a bondade. Todos conhecemos pessoas que nos alegram o coração à primeira vista e em cuja companhia basta permanecermos cinco minutos para nos sentirmos melhor.

Este é um exemplo de a nossa psique percecionar as emanações dos outros, porque a perceção desta natureza ocorre inevitavelmente a nível psíquico. A nossa personalidade não consegue, por si só, percecionar as emanações da bondade, porque estas são o resultado de o emissor ter saído da pele da personalidade. As suas radiações só podem ser percecionadas ao mesmo nível psíquico. A personalidade egocêntrica não pode esperar assistir à sua própria dissolução. O bem-estar que sentimos quando a bondade é emanada na nossa direção é um fenómeno secundário, sendo a nossa personalidade a reagir àquilo que a psique já registou.

Ora, se aceitarmos que a psique é capaz de percecionar as emanações do bem, devemos também considerar a sua capacidade de registar as do mal. Tal como existem aqueles em cuja companhia nos sentimos imediatamente melhor, existem igualmente outros em cuja presença algumas pessoas sentem arrepios. Esta expressão coloquial não tem significado quando usada por pessoas preconceituosas e sugestionáveis, para quem um rosto negro ou uma aparência soturna simbolizam o mal de uma forma ou de outra. Pode, contudo, ser significativa quando empregue por pessoas dotadas de capacidade percetiva, que captam as vibrações do mal com a mesma facilidade com que captam as do bem.

Qual é a evidência de que as energias do bem e do mal são transmitidas por vibrações? É difícil imaginar qualquer outra forma de contacto que permita que uma mulher fique violentamente doente por permanecer na companhia de um homem em quem não tocou. Emanações fortes de bem e de mal são percecionadas através de sensações nitidamente vibratórias. Tomando primeiro o bem: uma mulher doente, tratada por um curador com uma capacidade de cura extraordinária, disse que sentia, quando o curador lhe colocava as mãos na testa, como se uma grande bateria, emitindo ondas de poder tremendo, tivesse sido colocada junto da sua pele. Eu próprio tive a mesma sensação nas mesmas circunstâncias. Deve lembrar-se que a cura, que é uma canalização da força da bondade, é acompanhada por sensações de calor e formigueiro na pele da

doente, bem como nas mãos do curador. Estas sensações de formigueiro são inconfundivelmente de natureza vibratória. Certas experiências místicas, transmitidas através da psique do indivíduo, são também acompanhadas por sensações de formigueiro.

Uma mulher, num intervalo de uma depressão intensa, teve uma sensação de exaltação e um sentimento avassalador da presença de Deus — não como uma divindade personalizada, masculina ou feminina, mas como uma força benigna enorme, criativa e fundamentalmente indefinível. Esta experiência, que foi absolutamente real pela razão pragmática de que se curou por meio dela, foi acompanhada por fortes sensações de formigueiro no plexo solar, no tronco e nos braços. Estas explicações simples são importantes porque a natureza das sensações experimentadas pelo indivíduo ao perceber a força da bondade sugere que este poder é transmitido sob a forma de vibrações. O que é a cura senão um fluxo de vibrações canalizadas a partir do grande curso principal da força do bem?

Existem indivíduos que percebem altas concentrações tanto de bem como de mal em lugares ou em pessoas. Uma paciente desse tipo sentia formigueiro nas palmas das mãos quando se deparava com qualquer transmissor do mal. Tinha também a mesma sensação quando pressagiava catástrofes nacionais. Experimentou o mesmo formigueiro em circunstâncias totalmente diferentes, quando, sozinha na capela, sentiu a presença de Cristo e que a mensagem particular para ela era a de que Ele viera a este mundo para mostrar que era possível viver com beleza naquilo que era praticamente o Inferno.

Outra mulher, uma enfermeira, tinha dons de precognição muito marcados. Sabia quando doentes, que tinham alta hospitalar a caminho da cura, iam morrer apesar do prognóstico animador do médico. Salvou a vida de um homem ao insistir que um processo mórbido se instalara sob o gesso. Ele tinha fraturado a perna. Não tinha febre, não tinha dores e sentia-se perfeitamente bem. Verificou-se que sofria de gangrena gasosa. Para lhe salvar a vida foi necessário amputar-lhe imediatamente a perna.

Nesta mulher, as forças vibratórias do bem e do mal eram sentidas com tal intensidade que, para além de estar sujeita a sensações de formigueiro no plexo solar, como finas agulhas, as vibrações nos seus braços expressavam-se em tremores desde as pontas dos dedos até ao cotovelo. Estes últimos surgiam quando, como enfermeira, tocava numa área de pele sob a qual se estava a formar um tumor maligno ou um abcesso perigoso. Graças a este doloroso talento diagnóstico, conseguiu, como enfermeira em formação, detetar a presença de tumores malignos antes de o cirurgião responsável o ter feito. Não

se orgulhava do seu dom; era atormentada por ele. Os seus tremores não eram apenas diagnósticos, mas também terapêuticos. Assemelhavam-se aos exibidos por curadores especialmente dotados. O formigueiro no plexo solar devia-se à sua capacidade de reconhecer as depressões dos outros — uma experiência triste, porque as adquiria ela própria.

Alguns doentes fortemente percetivos, bombardeados ao longo de toda a vida por sensações de formigueiro nas mãos e nos dedos, desenvolvem artrite reumatoide das articulações dos dedos mais tarde. Outros são atingidos pela doença de Raynaud, em que, devido a espasmo dos vasos sanguíneos periféricos, os dedos se tornam de um branco morto, como giz, ou de um púrpura profundo quando expostos a um frio mínimo.

Para aceitar que o mal é um fator potente na origem da doença, é necessário abrir a mente a um conceito de medicina que implique aceitar que a doença é um mal com um aspeto vibracional. Isto não é, de forma alguma, descabido. Durante séculos, considerámos a doença nos seus aspetos bioquímicos. Por essa razão, tratámo-la, na maior parte das vezes, com medicamentos compostos de substâncias químicas, tomados pela boca, engolidos e absorvidos pela mucosa dos intestinos. Com a teoria microbiana de Pasteur, acrescentámos ao nosso arsenal a inoculação profilática, mas só recentemente é que considerações eletromagnéticas e radioterapêuticas, envolvendo a transmissão de energia por vibração, entraram em cena.

Esta perspetiva tem-se alargado todos os anos. O eletroencefalograma baseia-se no facto de o cérebro, em saúde, emitir um sistema de vibrações. A natureza destas vibrações é modificada na doença. Tumores cerebrais, ocupando espaço no cérebro, alteram os ritmos naturais deste órgão. O mesmo sucede na epilepsia, cujas diferentes formas produzem leituras distintas no eletroencefalograma.

Outra enorme ajuda diagnóstica, o eletrocardiograma, baseia-se na ideia de que o coração saudável emite um sistema de vibrações que pode ser registado pelo aparelho. Estas vibrações alteram-se na trombose coronária e na violenta perturbação do ritmo cardíaco conhecida como fibrilação auricular. O estudo dos traçados característicos registados nestas doenças é hoje um procedimento absolutamente rotineiro em medicina.

Mas a atitude vibracional perante a doença vai além do campo do diagnóstico. O tratamento do cancro através das emanações do rádio foi o primeiro exemplo de um sistema de vibrações utilizado com fins curativos. Hoje, a radioterapia no cancro, com cobalto ou outros elementos, é tão amplamente

praticada que, em alguns tipos de cancro, substituiu a cirurgia. Certamente, desferiu um golpe mortal na escola cirúrgica do «bisturi ou nada». Em condições menos dramáticas, os recursos vibracionais da diatermia por ondas curtas e dos infravermelhos têm sido usados para aliviar os sintomas de diferentes variedades de artrite e as manifestações ubíquas da fibrose.

Perante estes exemplos de infiltração de conceitos vibracionais no diagnóstico e no tratamento da doença, compreende-se melhor por que meios o poder do mal produz doença e como a energia da cura a reverte.

Agora que considerámos a natureza vibratória da energia do mal, é fácil compreender o fenómeno da propensão para acidentes de longa duração, distinta daquela que ocorre como uma das sequelas imediatas do contacto com um transmissor humano maligno. Esta questão de por que razão um indivíduo deverá ter uma incidência de acidentes esmagadoramente superior à média está inevitavelmente ligada à questão de por que motivo uma minoria de famílias parece quase absurdamente propensa ao desastre.

A propensão para acidentes é tanto uma doença como o sarampo. Qualquer médico que conte o número de acidentes a que os seus doentes são propensos reconhece que estes não se distribuem de forma uniforme. Excetuando cortes e nódoas negras triviais, uma minoria de doentes fornece a maioria dos acidentes.

Conheço uma mulher que, dos nove aos dezoito anos, teve nove acidentes — todos exigindo cirurgia imediata. Estes acidentes incluíram uma estaca de ferro a perfurar profundamente o pé, necessitando de uma injeção antitetânica muito antes de esta se ter tornado uma rotina desnecessária. Teve também um acidente que culminou numa infeção estafilocócica do joelho que, antes da era da penicilina, poderia ter produzido uma rigidez articular permanente. Além disso, sofreu fraturas da clavícula e do úmero e uma rutura grave de um tendão da perna, o que exigiu semanas com a perna engessada. Depois disso, excetuando um enorme inchaço do joelho por "água no joelho" sofrido num jogo de hóquei no início dos seus vinte anos, afastou-se da zona de acidentes. Este é um facto a assinalar. Algumas pessoas deixam de ser propensas a acidentes, tal como outras deixam de ter certos tipos de epilepsia e asma.

É importante notar que a mulher agora mencionada era psíquica. A sua perceção de entidades desencarnadas começou na infância e estendeu-se até ao fim da adolescência. Assustada no início por presenças numa casa assombrada, aprendeu em criança que o melhor método para tentar acalmar espíritos perturbados é fazer amizade com eles. É uma das duas pessoas que conheci

capazes de sonhar o que querem. No início dos seus vinte anos, mostrava-se quase impaciente com pessoas que tinham pesadelos, como se presumisse que escolhiam tê-los. Esta capacidade de selecionar os próprios sonhos implica um desenvolvimento psíquico considerável. A psique pode vaguear durante o sono, mas ser capaz de sonhar aquilo que se escolhe indica que a vontade está, em certa medida, a cooperar com a psique — algo de facto raro entre as pessoas que, como a mulher em causa, irradiam bondade e são excecionalmente gentis e altruístas.

Um médico de aldeia, um clínico competente e de boa cepa, teve o infortúnio, sem culpa sua, de atropelar um rapaz de sete anos enquanto conduzia pela aldeia onde o rapaz vivia. Reconheceu a vítima como um visitante constante do seu consultório. O médico, naturalmente abalado, foi rodeado por uma multidão de aldeões. O notável foi que estes pareciam menos preocupados com a lesão da criança do que com a necessidade de tranquilizar o médico. Um deles disse: «Se não tivesse sido o senhor, doutor, teria sido outra pessoa.» Os aldeões reconheciam que os acidentes daquele rapaz eram tão inevitáveis como as crises de broncospasmo num asmático. Quando chegou ao consultório, o médico consultou o processo clínico e verificou que, para além de acidentes em que não fora chamado, o rapaz, com apenas sete anos, já tinha ido onze vezes ao consultório por acidentes suficientemente graves para exigirem intervenção cirúrgica, no local ou no hospital.

O fator cronológico entra na propensão para acidentes. Em alguns, manifesta-se apenas na infância e juventude. Os doentes crescem e deixam de o ser, tal como outros deixam de ser afetados por asma ou sonambulismo. É isto que se esperaria numa doença em que os fatores psíquicos são de primeira importância. Embora a psique seja mais livre e «flutuante» e, portanto, mais vulnerável nos primeiros anos, isto não significa que a propensão para acidentes seja apenas uma doença da juventude. Ocorre em qualquer momento da vida adulta e pode prolongar-se durante anos ou mesmo uma vida inteira.

A propensão para acidentes pode ocorrer em períodos fixos do ano.

Podem existir semanas ou quinzenas desastrosas na vida do indivíduo, durante as quais tudo pode acontecer. O doente pode sofrer um acidente ou uma doença psiquiátrica ou física grave. Em alguns casos, é apenas a propensão para acidentes que se repete no tempo «marcado». Noutros, alterna com a doença. Há até exemplos em que os acidentes ocorrem no mesmo dia, ou no curto intervalo dos mesmos dois ou três dias, ano após ano.

Nos casos em que este fenómeno nefasto de aniversário é acentuado, verifica-se muitas vezes que o acidente nesta vida é um eco de algo muito semelhante numa vida passada, como no caso da rapariga que danificou gravemente o tornozelo esquerdo na mesma época desta vida em que o fizera numa encarnação celta. Por vezes, o período vulnerável desta vida é uma repetição do mesmo tipo, ou de outros tipos, de desastre em encarnações anteriores. Estes períodos são frequentemente sombrios e perigosos, não só para o indivíduo, mas também para outros que o tenham conhecido em vidas passadas. É como se um grupo de pessoas estivesse a tropeçar na mesma sombra. Um fratura o crânio num acidente, outros têm doenças físicas graves ou depressões, outros ficam de luto e outros sofrem intensamente na malícia variável das circunstâncias — e tudo durante o mesmo período de tempo, limitado a alguns dias.

Como vimos, este fenómeno maligno de aniversário está associado à possessão. Devemos considerar a possibilidade deste fenómeno no caso da rapariga que sentia presenças regularmente e que era tão propensa a acidentes na adolescência. Em casos assim, os acidentes são como a ferroada da vespa de entidades que falharam a invasão.

Alguns dos propensos a acidentes sofrem, na verdade, de uma espécie de interrupção momentânea, mas perigosa, ou de uma alteração da consciência, tal como ocorre nas quedas instantâneas associadas à doença de Ménière ou em breves episódios de petit mal. A diferença é que, nos propensos a acidentes, a interrupção da consciência só ocorre no momento e imediatamente antes do impacto. Esta interrupção, que dura uma fração de segundo, poderá explicar muitos acidentes de viação em que o condutor não se apercebe da sua momentânea falta de concentração.

É essencial encarar o enorme aumento de mortes e mutilações por acidentes como parte do padrão cósmico geral da doença. Não serve de nada pensar no acidente como algo separado da doença, como algo que cai ao acaso nas mãos do cirurgião, mas que não é doença no mesmo sentido que um apêndice perfurado ou um tumor cerebral. Quando eu era estudante de medicina, as crianças morriam de difteria, escarlatina, sarampo, septicemia, febre reumática, febre tifoide e pneumonia. Na Europa, as doenças acima já não são mortais, ou quase desapareceram, mas o impulso para a morbilidade permanece. Os jovens levados ao serviço de urgência a partir dos destroços das suas motas de grande cilindrada, as vítimas da condução demoníaca nas autoestradas, substituem aqueles que outrora sucumbiam a bacilos que desapareceram, talvez apenas temporariamente, do cenário patológico.

Que os acidentes são atribuíveis ao mal, seja como força geral, seja através de transmissores vivos ou desencarnados, aplica-se particularmente no presente, quando a tensão elevada do mal se revela por toda a parte no culto da violência, em homicídios sem propósito de feição meio esquizoide, em raptos, suicídios em massa e no enorme e acentuado aumento da incidência de violação. Fenómenos desta natureza — e os grandes horrores do nosso tempo, como Auschwitz, Buchenwald e Katyn — não podem ser explicados em termos da psiquiatria contemporânea. Tais horrores são atribuíveis à tensão contagiosa elevada do mal, que apanha os suscetíveis como as vítimas de uma epidemia de cólera.

Por vezes, membros da mesma família são particularmente propensos a acidentes. Podem «especializar-se» em acidentes de viação. Uma mulher e a sua mãe, irmã e dois filhos morreram assim. Isto é, na verdade, excessivo, mesmo para a Inglaterra nos estrondosos anos oitenta. Casos destes podem repetir-se. Em muitos deles, o fator psíquico está a operar. Uma entidade invasora tem êxito com um membro de uma família e regressa ao ataque com igual êxito. Observam-se diferentes tipos de efeito da possessão em diferentes famílias. As manifestações produzidas variam do sonambulismo à morte por acidente. Isto contribui — embora não explique totalmente — para o facto de uma família poder parecer condenada a sofrer tragicamente, como se sobre ela tivesse sido lançada uma maldição.

Certamente, algumas famílias atraem o desastre, tal como certos indivíduos parecem igualmente condenados. Tomemos o caso da mulher com dois filhos e uma filha. Um filho foi morto num sismo. O outro, envolvido na mesma perturbação, ficou permanentemente incapacitado do ponto de vista psiquiátrico e passou a levar uma vida profundamente irregular, vagueando de uma mulher para outra. A filha, a única consolação da infeliz mãe, casou com um homem que se revelou homossexual. Acabou por se divorciar e voltar a casar com outro, que se veio a verificar ter os mesmos interesses. A própria mãe sofreu uma fratura grave do cotovelo que, apesar de ter sido conscienciosamente reduzida, teve de ser reoperada. Após acidentes no joelho direito, foi submetida a três cirurgias à cartilagem e a uma quarta para reparação da articulação. Teve várias ruturas graves de ligamentos do tornozelo, que exigiram imobilização em gesso por períodos tão longos como os que seriam necessários em fraturas completas da tíbia. Foi também persistentemente limitada por um marido cujo tempo era consumido pelo seu passatempo de perseguir mulheres.

Conheci demasiados casos de famílias deste tipo para aceitar que a sua aglomeração de misérias seja fortuita e simplesmente devida à forma como as cartas foram distribuídas. Nestas famílias existe, com muita frequência, uma figura central que parece destinada a passar a vida a manter unidos os restos da família e a salvar o que puder dos destroços. Estas figuras devotadas e sacrificiais são frequentemente pessoas excecionalmente agradáveis, que têm, no nosso mundo contemporâneo, a perigosa capacidade de emanar bondade e, ao fazê-lo, atrair magneticamente para si a força do mal. No caso da mulher cujo filho foi morto no sismo, estava em jogo mais do que um fator. O sismo foi uma perturbação cósmica. Estava escrito que ele e o irmão seriam atraídos para a sua esfera de atuação no momento mais ominoso. Os repetidos acidentes da mãe sugerem a intervenção de transmissores humanos, conscientes ou inconscientes — quase certamente os segundos — ou de entidades desencarnadas.

Tal como as pessoas propensas a acidentes são suscetíveis de passar por fases especialmente más, em que estão particularmente vulneráveis a lesões, assim as famílias do desastre têm períodos de meses ou anos em que tudo parece correr mal. Em ambos os casos, o padrão variável deve-se ao facto de, muitas vezes, após terem alcançado…

CAPÍTULO 9
COMO A ENERGIA DO MAL PODE CAUSAR DOENÇA

Agora que considerámos a natureza vibratória da energia do mal, é fácil compreender a reação em cadeia que pode resultar do contacto com transmissores. Estes podem induzir doença psiquiátrica ou física nas suas vítimas por contacto direto. Das primeiras, estados obsessivos agudos e depressões são mais comuns. No que respeita às chamadas doenças «físicas», infeções virais, mononucleose infeciosa e hepatite infeciosa são consequências mais habituais do contacto direto. Um psíquico na mesma frequência que a vítima, mas vivendo à distância, não adquire uma doença física debilitante ou prolongada. Pode, contudo, ser abatido por uma enxaqueca, particularmente no caso de uma mulher. Num homem, é mais provável que se siga uma depressão breve mas aguda.

Deve ficar claro que um transmissor do mal pode atingir um comprimento de onda estabelecido numa vida passada. Isto ocorre se o doente é confrontado com alguém que lhe foi hostil numa encarnação anterior. Isto é ilustrado no caso de uma mulher que tinha um ataque de enxaqueca com várias horas de duração sempre que encontrava outra mulher que a tinha perseguido, interrogado e

atormentado em duas vidas passadas. Se encontrava a sua antiga perseguidora no aniversário desses períodos de interrogatório passado, o ataque de enxaqueca era de maior intensidade e muito mais prolongado. Deve acrescentar-se que, nesta vida, a relação entre ambas era completamente amigável.

Antes de tratar das chamadas doenças físicas decorrentes do contacto com o mal, convém mencionar que a exposição prolongada ao mal por parte de um transmissor humano pode induzir uma depressão grave e agitada, por vezes em sujeitos que não são visivelmente psíquicos. Vi isto repetidamente nos trinta anos em que fui consultor numa clínica de neurose. Vez após vez, admiti pessoas como emergências por as considerar em risco suicidário, apenas para constatar que, passados dois dias, tinham perdido completamente a agitação e, na maioria dos casos, também a depressão, sem recorrer a tratamentos drásticos e de ação rápida, como a ECT ou eletroconvulsoterapia. No início, inclinei-me a pensar que eu e outros consultores tínhamos cometido erros de diagnóstico no primeiro encontro com estes doentes, e que se tratava de exemplos de histeria com capacidade para dramatizar tudo, incluindo os próprios sintomas. Com o tempo, abandonei este excesso de autocrítica, porque era claro que os doentes em causa não eram histéricos.

Não é difícil reconhecer a enorme diferença entre a estrutura daqueles que desejam dominar os outros através dos seus sintomas e arranjar forma de que outras pessoas — incluindo os seus médicos — vivam a vida por eles, e o depressivo hiperconsciencioso que tende a culpar-se pelos seus próprios sintomas. (A maioria dos doentes que tenho em mente eram mulheres.) Em tais casos, um conhecimento mais profundo da família fornecia a pista necessária: o doente vivera durante anos na companhia de um transmissor do mal. Por vezes, o indivíduo responsável pela depressão do doente não era, no essencial, mau, mas estava consumido pelo ódio, e o doente desintegrara-se sob o bombardeamento de vibrações hostis. A recuperação destes doentes dependia do simples facto de terem sido retirados de uma atmosfera que lhes era tóxica.

Devemos agora tratar de um dos nossos temas mais importantes. Um certo número de doenças chamadas «físicas» é, na verdade, psicossomático no sentido estrito do termo, na medida em que é iniciado pela perceção, por parte da psique, das vibrações do mal. Um certo número de quadros virais é desta natureza. Não estou a falar de doenças como pneumonias virais, em que as temperaturas são elevadas, o envolvimento respiratório é óbvio e os sinais no tórax são audíveis ao estetoscópio. Preocupo-me mais com aquelas infeções

virais em que os sintomas são vagos e em que a prostração física prolongada é completamente desproporcionada face aos sinais e sintomas da doença.

O doente pode ter os sintomas gastrointestinais ou respiratórios mais leves, o que nos levaria, à primeira vista, a acreditar que não estará incapacitado por mais de dois ou três dias — não fosse o facto de a exaustão e a sensação de mal-estar serem excessivas. O que acontece num caso típico é que estes sintomas constitucionais persistem durante semanas; o doente fica desmoralizado pela fraqueza e muitas vezes entra em depressão.

Ora, uma reação deste tipo, na sequência de sinais físicos relativamente insignificantes, poderia com justiça ser considerada neurótica, não fosse um ponto: o doente, muito frequentemente, continua com febre durante semanas a fio, sobretudo ao fim da tarde e à noite. Os médicos relutam em descrever condições como neuróticas quando são acompanhadas por estas elevações de temperatura. O mal-estar prolongado nestas vagas chamadas infeções virais, com poucos sinais físicos, é tal que a mente do diagnosticador se inclina para infeções prolongadas como a mononucleose infeciosa e a tuberculose. É comum, nas circunstâncias descritas, realizarem-se os testes laboratoriais apropriados para estas condições. Os resultados são quase sempre negativos, embora a mononucleose infeciosa seja diagnosticada — muitas vezes tardiamente — com maior frequência do que há alguns anos.

Estas doenças são causadas pelo que se chama vírus «passáveis por filtro». Isto significa que o vírus é tão pequeno que ilude os menores filtros que conhecemos. Pergunta-se se, no tipo de doença descrita, eles não deixam de passar pelo filtro porque, na verdade, não existem. Não se fala aqui de infeções virais com sinais e sintomas grosseiros e evolução curta, porque, como agentes causadores de doença, alguns vírus ocuparam o lugar de bactérias que quase abolimos com o uso de antibióticos.

O que importa é reconhecer a semelhança entre a vítima exausta, abatida e desmoralizada de infeções virais que apresentam pouco mais do que uma temperatura — muitas vezes ligeira — para mostrar pelos seus problemas, e pessoas que, em comunidades tribais mais primitivas, foram vítimas de magia negra, tendo sobre elas sido dirigido o mau-olhado ou apontado o osso, como no caso dos aborígenes australianos. Um eminente alto funcionário do serviço colonial não só me disse que era assim, como ilustrou a sua tese com referência a um dos seus criados de casa, que encontrou ausente do seu serviço quando regressou à África Ocidental após uma longa licença em Inglaterra. Mais tarde, voltou a encontrar o seu criado, que fora alvo das atenções malignas de uma espécie de feiticeiro, e encontrou-o um destroço mental e físico, emagrecido e

exausto, sem qualquer lesão física detetável que explicasse a sua deterioração dramática.

Este caso é muito semelhante ao do doente na Europa que, após contacto com dois transmissores malignos, desenvolveu uma infeção viral cujos sinais catarrais desapareceram em poucos dias, mas que se arrastou, de tal modo que, ainda exausto ao fim de seis semanas, se arrastou de volta ao trabalho, continuando com febre ao fim da tarde.

É muito significativo que as infeções virais do tipo que descrevi tenham-se tornado cada vez mais comuns nas últimas duas décadas. O seu aumento de incidência coincide com a tensão elevada do mal na atmosfera gerada por uma sociedade em desintegração. Outras duas doenças físicas, ambas a aumentar significativamente neste momento, são atribuíveis à influência do mal. São elas a hepatite infeciosa e a mononucleose infeciosa. A primeira afeta comummente pessoas muito trabalhadoras com dons psíquicos marcados, como telepatia ou precognição, quando expostas a grande pressão. Pessoas com atributos psíquicos tão desenvolvidos que incluem memória de vidas passadas e cura psíquica são, muito frequentemente, hiperconscienciosas e, apesar da sua resiliência natural, tendem a exigir demasiado de si próprias. Quando as pessoas estão a irradiar bondade num plano emanatório, é bom que restrinjam um pouco o seu desejo consciente, no quotidiano, de fazer o bem. Para elas, parece haver momentos nesta vida em que satisfazer o seu elevado sentido de dever é mais do que conseguem suportar. É entre tais pessoas, em tais circunstâncias, que muitos doentes com hepatite infeciosa são «recrutados».

Noutros casos, esta doença pode ser induzida pelo mal em plena força, como no caso de uma mulher altamente psíquica que, de forma imprudente, se submeteu a um praticante de um daqueles novos cultos pretensiosos que oferecem cursos relâmpago de salvação mediante taxas fixas. O «sábio», cujas palavras iniciais eram irrepreensíveis, disse-lhe, no decurso do processo, que seria necessário, por algum tempo, ele tomar posse da alma dela — afirmação que a deveria ter levado de imediato a sair pela porta. Nos dois ou três dias seguintes, sentiu-se tão fraca que mal conseguia estar de pé e foi incapaz de ingerir alimentos. Perdeu peso com rapidez alarmante, cerca de duas arrobas em três semanas, e apresentou os sinais e sintomas de hepatite infeciosa. Curiosamente, o médico de família a quem se dirigiu quando chegou a casa reconheceu o principal fator etiológico da sua condição e disse que ela estivera em contacto com alguma influência maligna.

É significativo que, antes deste episódio, a mulher — que tinha vivido no Oriente —, ao viajar pela Europa, mandou tirar uma fotografia numa daquelas

máquinas em que a inserção de uma certa quantia de dinheiro produz uma fotografia pronta. Ela, o marido e os amigos ficaram horrorizados ao ver o seu próprio rosto obliterado pelo de uma fisionomia de mal extremo. Pensando que tal poderia dever-se a algum erro técnico ou até a alguém com um sentido de humor perverso, pediu a alguns jovens que lhe mostrassem as fotografias que tinham acabado de tirar na mesma máquina. O que lhe mostraram era completamente normal e pareciam muito satisfeitos. Parece que esta mulher, antes de visitar o «sábio», oficialmente tido como curador, já era assombrada pela presença, nas suas proximidades, de uma entidade possidente que tomou conta, por algum tempo, do agente de salvação e produziu resultados catastróficos na doente.

A mononucleose infeciosa é outra doença que pode ser causada por contacto com o mal. Este pode produzir os seus efeitos através de transmissores humanos ou como força geral. Recordo-me de um adolescente com mononucleose infeciosa, um dos cujos progenitores sofria de possessão. Parece ter uma especial predileção pelo psíquico no fim da adolescência, especialmente vulnerável nos nossos tempos, num mundo saturado pela força do mal. Os sintomas da mononucleose infeciosa podem ser notoriamente vagos. Pode demorar algum tempo até surgir o aumento dos gânglios e, quando surge, pode ser mínimo. Pode igualmente levar semanas até que os testes laboratoriais, relutantemente, revelem a causa da condição. Nesse aspeto, assemelha-se às infeções virais de que falei anteriormente. Estas, aliás, são muitas vezes diagnosticadas como mononucleose infeciosa antes de o quadro hematológico permitir dar um nome àquilo que — com justificação — poderia ser chamado apenas mais uma infeção viral.

A mononucleose infeciosa é frequentemente acompanhada por depressão. Os aspetos mentais e físicos desta doença estão hoje tão interligados que é perfeitamente possível rotular um caso como depressão e primariamente psiquiátrico antes de a sua verdadeira natureza se revelar. A depressão é muitas vezes uma resposta primária à força do mal.

Nas últimas quatro décadas, assistimos a enormes avanços no tratamento de epidemias globais mortíferas como a peste e a cólera, nas febres infeciosas e em infeções não contagiosas como a pneumonia e a septicemia. Por muito que estas condições tenham sido controladas, o impulso para a morbilidade permanece e o número de doentes que recorrem aos consultórios de medicina geral e familiar aumenta, em vez de diminuir, num grau que não pode ser explicado pelo facto de, na sua origem, o Serviço Nacional de Saúde ter sido organizado de tal modo que produziria uma nação de hipocondríacos.

Paralelamente ao desaparecimento das infeções, verificou-se um aumento das chamadas doenças de stress, como a doença coronária e a hipertensão arterial, bem como um grande aumento das condições psiquiátricas.

Os dois grandes assassinos são agora — além dos acidentes — a doença coronária e o carcinoma. Estima-se que, acima dos trinta e cinco anos, um homem em cada três morre da primeira. A incidência crescente do cancro é inegável, exceto para uma minoria de consultores que se interessa menos pelos doentes e pelos seus sintomas clínicos do que pelos achados laboratoriais. Argumenta-se, por parte de tais pessoas, que não há aumento da incidência do cancro e que apenas pensamos que há porque os nossos melhores métodos de diagnóstico radiológico e laboratorial nos permitem reconhecer casos que passaram despercebidos em décadas anteriores. Isto é um insulto às gerações anteriores de médicos. A capacidade diagnóstica dos homens que me ensinaram medicina era infinitamente superior à que prevalece hoje. O que aconteceu a esses casos de cancro, em grande parte míticos, não diagnosticados, sob os cuidados dos médicos do início do século? Morreram sem que ninguém desse por isso, e atribuíram os médicos a causa de morte a um ato de Deus ou a uma desmaterialização cósmica?

A insensatez de negar que certas doenças mortais estejam a aumentar de incidência é melhor demonstrada pela consideração da leucemia, que não pode ser classificada com a doença maligna das vísceras mas pode ser encarada como cancro do sangue. Quando eu era estudante de medicina, nunca vi um caso de leucemia. A maioria dos casos existentes encontrava inevitavelmente o seu caminho para o hospital e, sobretudo, para hospitais universitários em grandes cidades, onde os consultores caíam sobre presas tão raras como lobos famintos. Lembro-me do espanto e do horror com que se soube que um famoso jogador irlandês de râguebi tinha morrido desta doença. O nome leucemia era desconhecido do grande público.

Mas hoje não há ninguém (com a possível exceção de pessoas com deficiência intelectual) que não tenha ouvido o nome e poucos são os que não conhecem uma família em que um dos membros tenha morrido desta condição. Será isto explicável pelas melhores facilidades laboratoriais de hoje? A resposta é enfaticamente não. As células anormais no sangue na leucemia eram tão visíveis em qualquer esfregaço sanguíneo quando eu era estudante, nos anos vinte, como o são hoje. Também éramos tão capazes de contar glóbulos brancos e vermelhos como o somos agora.

Deve lembrar-se que estas alterações dramáticas e imprevisíveis no padrão da doença ocorreram em menos de meio século. As mudanças que vimos nesse

período são maiores do que as observáveis nos cinco séculos anteriores. Quando mudanças tão extremas ocorrem com tanta rapidez — de tal modo que séculos, até milénios, de crença médica são varridos para debaixo do tapete numa noite, por assim dizer — devemos perguntar-nos que alterações ocorreram na atmosfera global na última metade de século. Devemos ver para além da perspetiva particular imposta pela teoria microbiana da doença e pelas abordagens bioquímicas e glandulares à patologia humana. Estas últimas são considerações necessárias, mas secundárias, quando comparadas com uma visão mais cósmica da causalidade da doença.

Há dois fatores globais que não estavam presentes nos anos vinte e que existem agora. O primeiro é a tensão elevada do mal na atmosfera. Nessa altura, o mundo simplesmente não tinha sido poluído por genocídio, por matança seletiva em massa, científica, por violência contra pessoas e bens em todas as variedades de regime político, com a toxicodependência — nos meus primeiros tempos, privilégio de uma minúscula minoria — aceite como risco normal da adolescência, e com a sexualidade juvenil quase *de rigueur*. Nem o mundo tinha visto a proliferação de cultos concebidos para fazer o mal sob a aparência do bem, ou o aumento do número de cultos francamente dedicados à bruxaria.

Se aceitarmos o mal como uma grande força — já dissemos o suficiente para transmitir a sua natureza vibratória — serão estas vibrações tóxicas para o homem e especialmente propícias ao cancro, à leucemia e à doença coronária? Quanto às duas primeiras, temos provas claras de que existem outros tipos de vibração, em crescimento nas últimas duas ou três décadas, responsáveis por essas doenças. Nem mesmo a nossa burocracia tranquilizadora pode negar que a radiação atómica causa cancro e leucemia.

Uma parte da nossa sociedade sonâmbula repara até que é perigoso se o nível de plutónio aumenta em pessoas que trabalham em instalações nucleares. Os efeitos iniciais e mais óbvios das bombas atómicas em Hiroxima e Nagasáqui — onde foram amplamente registadas mortes por doença maligna do sangue e de outros tecidos — resultaram, inegavelmente, de radiação excessiva. Se aceitamos, como aceitamos, que um tipo de vibração, enormemente intensificado nas últimas décadas, pode causar cancro, não poderemos considerar que outro sistema de vibrações, o do mal, possa ser igualmente tóxico e produzir as mesmas doenças?

Há um tipo de cancro que afeta pessoas no início da meia-idade. Estas pessoas são, em geral, marcadamente psíquicas; algumas têm memória de vidas passadas e são, por qualquer critério, pessoas notavelmente boas. É típico, em muitos casos, que o cancro surja na altura em que as suas capacidades estão a

ser intensificadas. A doença evolui rapidamente, em questão de meses. O tratamento não tem efeito. Nas mulheres, o foco primário é geralmente o útero; nos homens, o cólon. É típica a disseminação invulgarmente rápida da doença a partir do foco primário, com depósitos secundários por todo o corpo. Esta forma de cancro parece atingir as pessoas como um raio vindo de céu limpo. É bem conhecido que o cancro muitas vezes ataca indivíduos com um historial de boa saúde, mas, regra geral, os primeiros sinais são insidiosos e de crescimento lento. Demora algum tempo até que a sensibilidade e as irregularidades numa mama assumam a forma de um tumor que mais tarde se torna duro, coriáceo e claramente palpável. Há frequentemente sintomas uterinos premonitórios antes de surgirem sinais definidos de um crescimento.

No tipo espetacular de caso que descrevo, o início é súbito, menos insidioso, e os sintomas apontam para cancro desde o princípio, seguindo-se uma disseminação rápida. As vítimas são frequentemente pessoas notavelmente criativas, com dons de cura marcados e capacidade de emanar bondade. É uma lei da natureza que a bondade — isto é, a bondade como energia, e não como conceito ético — atua como íman para o mal. O tipo de doentes que descrevo parece funcionar como campos localizados de Armagedão, onde a batalha entre o bem e o mal é travada até à morte. Alguns destes doentes têm consciência de si próprios como alvos da força do mal. Nos seus processos clínicos, por vezes regista-se que, apesar de não terem historial psiquiátrico prévio, se queixam de se sentirem estranhamente tensos e agitados antes do início do cancro. Esta tensão e agitação são estranhas, pois surgem sobre o pano de fundo de naturezas manifestamente não neuróticas.

Embora reservados quanto às suas experiências, por vezes conseguem dizer que, antes de o cancro se desenvolver, o ar à sua volta parecia tenso e vibrante; que tais sensações começavam e terminavam subitamente, como se se desligasse uma bateria. Entre o ligar e desligar dessa «bateria», viviam numa atmosfera de horror. As descrições que davam eram, em certos aspetos, paralelas às oferecidas por vítimas inteligentes de sonambulismo. Enquanto estas últimas eram aterrorizadas por um «Isso» que, segundo a sua descrição, era uma espécie de entidade, os doentes oncológicos, submetidos ao seu bombardeamento preliminar, estavam ainda mais claramente conscientes de uma força hostil — talvez indefinível, mas claramente palpável — e sugerindo que uma grande bateria de mal descarregava salvas na sua direção.

É altamente significativo que os sintomas descritos por estes sujeitos fossem idênticos aos que apareciam numa doente que era vítima de um indivíduo depravado que, sem causa concreta, lhe desejava mal por ela ser uma

espécie de vanguarda de bondade no combate contínuo entre o bem e o mal. Para além da sensação de agitação e horror, do ar vibrante e de o horror ser ligado e desligado como um interruptor, ela tinha ataques de espasmo coronário e outros em que o pulso era lento e as artérias pareciam duras, como as de um doente idoso com arteriosclerose. Se a mesma força, com as mesmas sensações associadas, produz espasmo coronário e outras perturbações cardiovasculares, é apenas razoável considerá-la como tendo contribuído para a produção de cancro em pessoas expostas aos seus efeitos.

Existe uma associação estreita entre a doença coronária e o mal, seja como poder generalizado, seja transmitido através de agentes humanos ou desencarnados. Indivíduos psíquicos que dão saltos súbitos no desenvolvimento são particularmente propensos, por esta causa, à doença coronária. Isto é talvez especialmente verdadeiro no caso daqueles que desenvolvem memória de vidas passadas. A memória de vidas passadas é, afinal, prova da existência de um componente imortal em nós. Aqueles que desenvolvem esta capacidade de iluminar outros são um alvo especial do mal. Isto é talvez particularmente verdadeiro entre pessoas de meia-idade e idosas. Nestas circunstâncias, os psíquicos nesses grupos etários tornam-se propensos a catástrofes cardíacas de tipos diferentes da trombose coronária, incluindo as várias formas de apoplexia. A incidência de doença coronária é impressionante porque é tão comum e ocorre numa idade mais precoce.

A existência de um fator vibratório na génese da trombose coronária e do espasmo muito possivelmente desempenha um papel significativo num fenómeno extraordinário que recentemente tem sido amplamente investigado e ainda pouco compreendido. Na Carélia, a região da Finlândia adjacente à zona soviética de alerta nuclear, a incidência de doença coronária e as mortes por essa causa em homens jovens na casa dos trinta anos têm sido tão elevadas que foram objeto de investigação pela Organização Nacional de Saúde. A nossa ideia atual de doença coronária é a de que se trata de uma doença do indivíduo com excesso de peso, pouco exercitado, que fuma demasiado. Como os finlandeses são famosos pela sua atividade atlética e robustez e como a área em causa é uma região rural onde as pessoas ainda trabalham com as mãos, os habitantes da Carélia dificilmente pareceriam candidatos prováveis à doença coronária segundo padrões da Europa Ocidental. Não deverá, no mínimo, considerar-se possível que a incidência de doença coronária na Carélia esteja relacionada com a fuga de energia nuclear ou de outro tipo?

Falámos das vibrações do mal e da radiação atómica maligna como possíveis fatores causais do cancro e da doença coronária. Considere-se também

até que ponto a energia na atmosfera que rodeia a Terra se alterou dramaticamente nos últimos cinquenta anos — isto é, no período em que vimos esta mudança sem precedentes no padrão da doença. Para além das vibrações nucleares e atómicas puramente tóxicas, devemos ter em conta que, há meio século, a atmosfera não estava poluída pela batalha de vinte e quatro horas das ondas conduzida pelos canais de televisão e rádio em guerra. Além disso, estava menos perturbada pelas vibrações da telefonia sem fios e por outros perigos considerados necessários à existência no século XX.

É necessário resumir os mecanismos pelos quais a energia do mal pode causar doença. Em primeiro lugar, pode fazê-lo como força generalizada. Há épocas na história em que a sua concentração é máxima. Vivemos numa dessas épocas. Ou o mal pode ser-nos trazido através da possessão por transmissores desencarnados ou humanos. Os desencarnados são mais responsáveis pelo sonambulismo, pelos terrores noturnos, pelo nascimento de estados obsessivos, pela epilepsia e pela asma com início na infância. Os transmissores humanos são mais propensos a causar, para além dos efeitos imediatos e transitórios — como vómitos, alergias e propensão para acidentes — estados obsessivos e depressivos agudos em adultos, bem como infeções virais, hepatite infeciosa e mononucleose infeciosa.

Os transmissores humanos são de três tipos. O transmissor passivo e inconsciente do mal é o mais comum. A segunda categoria é a do indivíduo que está possuído e não tem consciência do seu modo de ação. No terceiro caso, ele atua conscientemente, querendo o mal e dirigindo os seus pensamentos de ódio às suas vítimas, ou cooperando com outros para esse fim. Tais pessoas só são capazes de causar dano se forem dotadas psiquicamente e se os seus dons psíquicos tiverem sido contaminados pela vontade de poder. Esta deve ser considerada, no que respeita aos que possuem capacidades extrassensoriais, como o pecado contra o Espírito Santo.

Por razões de classificação, pode chamar-se «geradores de mal» a estas pessoas que combinam força de vontade, ódio e dons psíquicos, pois conseguem aumentar o seu poder tóxico; mas «gerador» é apenas um termo relativo, porque o poder do mal simplesmente não pode ser gerado num só homem. Vem-nos de muito atrás na nossa evolução cósmica, na Queda, se quiser. Visto desta forma, o chamado gerador é apenas um transmissor particularmente poderoso que reforça aquilo que transmite com a malícia da vontade.

É evidente, pelo que já foi escrito, que aprendi aquilo que sei sobre o mal em relação à doença a partir do estudo de doentes marcadamente psíquicos.

Isto é inevitável, porque só entre os marcadamente psíquicos o impacto produtor de doença do mal é óbvio. Significa isto que apenas as pessoas com dons psíquicos adoecem como resultado do contacto com o mal? A resposta é não. Simplesmente, nesses indivíduos, a etiologia do processo mórbido é mais discernível. Em todas as doenças que mencionei — exceto nos casos em que disse que as minhas observações só se aplicam a uma proporção — os sintomas são psiquicamente induzidos. A psique continua a funcionar e a ser vulnerável ao mal, por mais que as suas atividades sejam reprimidas pela personalidade. Indivíduos não conscientemente psíquicos, mas psíquicos no sentido de possuírem uma alma, podem ser abatidos pelo poder do mal, ainda que os seus efeitos fiquem disfarçados pela nomenclatura ortodoxa da medicina.

Há provas consideráveis de que o mal produz doença física mais grave naqueles que têm menos insight. Não se pode pensar que as vítimas do Mau-Olhado na Europa de outrora, ou nas comunidades tribais de hoje, sejam ou tenham sido todas psíquicas e conscientes da causação das suas doenças. Não é de esperar que uma civilização que nega o efeito do mal como poder primário venha a exagerar o seu papel na causa da doença.

Embora a comparação seja pouco feliz, os casos em que a minha tese assenta devem ser considerados equivalentes a meios de cultura para o crescimento de bacilos em laboratório, ou a animais de experiência, no sentido em que é através dos sinais patológicos que demonstram com clareza que compreendemos o mecanismo do processo mórbido, quer o principal fator causal seja a força do mal, quer a toxicidade dos bacilos. Aquilo que foi claramente demonstrado por uma minoria de sensíveis acabará, mais cedo ou mais tarde, por se revelar aplicável a uma proporção maior da população. Quanto mais o clima de opinião aceitar o extrassensorial, mais este se revelará, sem repressão, num número crescente de pessoas. Quando isso acontecer, a ligação entre fatores cósmicos, como o mal, e a doença será reconhecida com maior clareza.

CAPÍTULO 10
HISTERIA E A PSIQUE

É necessário investigar em que medida a psique desempenha um papel nas neuroses. O leitor não deve esperar uma descrição detalhada da causação e dos sintomas destas condições. Hoje em dia, isso dificilmente é necessário, uma vez que o leigo instruído muitas vezes leu mais sobre estes assuntos do que o próprio médico. Limitar-me-ei a delinear o papel da psique na etiologia destas doenças, para além do estado obsessivo já abordado.

As neuroses incluem aquelas condições em que, embora o doente possa sofrer muito com os seus sintomas, estes não paralisam a sua utilidade social e profissional ao grau que ocorre nas psicoses ou nas perturbações francamente mentais. As neuroses são de enorme importância porque, no nosso tempo, nenhuma outra categoria de doença ocupa tanto o tempo do médico. Neste momento, o estado de ansiedade é a neurose mais comum, embora, nas comunidades anglo-saxónicas, seja possível que as raízes da neurose obsessiva estejam mais disseminadas. Nos últimos anos do século XIX e no início deste século, a histeria ocupava o primeiro lugar.

A frequência anterior da histeria devia-se em grande medida ao nosso então deficiente conhecimento das neuroses como um todo. Sob certos pontos de vista, os doentes beneficiavam da ignorância da classe médica. A histérica é, essencialmente, alguém que exige que o resto do mundo se levante e preste atenção às suas aflições. (A maioria das histéricas são mulheres.) Deseja atrair a atenção e, se possível, dominar a vida dos seus semelhantes através dos seus sinais e sintomas. No século XIX, isto era conseguido com ataques do que se chamava «vapores», acompanhados por grande exibição emocional e terminando quase inevitavelmente num desmaio.

Tornou-se quase uma necessidade para a jovem egocêntrica e elegante apresentar estes sintomas ao receber más notícias, ou simplesmente quando as coisas não lhe corriam bem. Tais males, com o seu prodigioso exibicionismo emocional e o drama do desmaio, eram menos comuns em raparigas da classe trabalhadora, simplesmente porque estas tinham menos probabilidade de alcançar o objetivo dos sintomas, isto é, prender a atenção dos outros. Nunca é demais sublinhar que, em diferentes períodos da história e em diferentes meios sociais e culturais, o processo mórbido manifesta-se pela linha de menor resistência e onde o ambiente é mais favorável à sua receção.

Devemos lembrar-nos também de que, na viragem do século, uma «carreira» de neurose tinha poucos atrativos para a pessoa que sofria de um

estado de ansiedade ou obsessivo. O ansioso, com os seus medos indefiníveis e fobias ilógicas, era mandado «aguentar-se» pelos de fala rude. O obsessivo, se os seus rituais compulsivos estivessem bem desenvolvidos, era encarado como já meio caminho andado para a loucura. Admitir sintomas de ansiedade e obsessão era um procedimento inútil se se despertava pouco em termos de simpatia e compreensão por parte do público. O grito da histérica, o choro tumultuoso e incontrolável e, acima de tudo, o desmaio — ou o estado de bela inanição que o substituía — eram mais adequados a atrair simpatia e até afeto, sobretudo numa época em que as lágrimas de uma mulher, ou melhor ainda de uma senhora, atuavam sobre a suscetibilidade masculina. Com sintomas destes, os que assistiam a uma histérica podiam, com justificação, usar o diagnóstico impressionante de «colapso completo».

Em comparação com a histérica, o neurótico ansioso ou obsessivo, cujas fobias e obsessões não despertavam facilmente simpatia, não era propriamente um alvo promissor para a compaixão. A profissão médica tinha muito pouco para oferecer. Os estados de ansiedade e obsessivos eram atribuídos a uma fraqueza hereditária do sistema nervoso. Para explicar estas condições misteriosas, usavam-se frases quase metafísicas, como «depleção inata das energias vitais». É possível que os familiares ficassem impressionados. Seguia-se que, perante tal desolação niilista em termos de tratamento, poucos casos destes se abriam com os médicos acerca dos seus sintomas. De qualquer modo, seguindo o princípio de que a doença se expressa através dos canais mais disponíveis, o número de casos ansioso-obsessivos era menor do que é agora.

Devemos lembrar-nos, ainda, de que a psiquiatria analítica tal como a conhecemos era inexistente neste país antes da Primeira Guerra Mundial. Havia asilos para os francamente psicóticos. Os neuróticos ficavam sobretudo ao cuidado do neurologista, que se ocupava primordialmente de doença física do sistema nervoso e era demasiado propenso a subscrever teorias baseadas na falta inata de vitalidade e abstrações semelhantes. Diagnosticava-se constantemente uma entidade misteriosa chamada neurastenia. Como o nome implica, dizia — em termos pretensiosos — que o sistema nervoso era fraco por natureza. Nestas circunstâncias, o doente não podia esperar grande coisa em termos de tratamento. Estava em clara desvantagem face à histérica, com os seus sintomas mais «positivos».

A histérica reage de forma excessiva a circunstâncias adversas, muitas vezes demasiado triviais para serem chamadas trauma, e é também altamente sugestionável. Reproduz os sintomas dos que a rodeiam, manifestando frequentemente sintomas físicos sem dano orgânico subjacente. Na última

grande epidemia de poliomielite, o número de doentes admitidos num grande hospital de isolamento em Londres e que efetivamente sofriam de pólio foi mínimo. De cerca de trinta raparigas, provisoriamente diagnosticadas como portadoras de poliomielite e evacuadas do colégio interno para o hospital mais próximo, nenhuma tinha contraído a doença. A vasta maioria destas admissões era de casos com cefaleias funcionais e rigidez e dores no pescoço, porque estes dois sintomas, sem importância em si mesmos, eram frequentemente presentes na doença mortal da poliomielite.

No fim do século passado e no início deste, a convulsão histérica acrescentava grande dramatismo ao quadro. O que se assemelhava a uma crise epilética era muito mais eficaz, para atrair a atenção dos outros, do que um desmaio.

Nos primeiros anos deste século, um novo conjunto de sintomas estava a ser acrescentado ao já exuberante quadro da histeria. Um número crescente de doentes apresentava menos exibição emocional e substituía-a por paralisia funcional dos membros, mais frequentemente das pernas. Nesta paralisia histérica não havia qualquer lesão física dos nervos ou dos músculos. O doente simplesmente não conseguia mover as pernas. Esta imobilidade era, erradamente, atribuída à falta de vontade. A força de vontade despendida pelos histéricos na manutenção dos seus sintomas pode ser espantosa. O tratamento baseado em despertar a vontade do doente para mover as pernas era quase sempre inútil. Enquanto o terapeuta utilizava a sua capacidade para induzir movimento, o doente exercia a sua para o resistir. O resultado era um impasse.

A Primeira Guerra Mundial proporcionou uma oportunidade para a histeria se deslocar da mulher para o homem, embora continuasse a ser um privilégio daquela. Muitos casos de histeria foram descritos como «choque de guerra» e foram criados hospitais e enfermarias especiais para o seu tratamento. Deve entender-se que não me refiro a casos genuínos de contusão cerebral induzida pela explosão de obuses perto do soldado. As causas precipitantes do «choque de guerra» eram inúmeras, mas em muitos havia um conflito psicológico subjacente entre o impulso natural do soldado para fugir sob bombardeamento intenso e o seu dever de manter a posição ou avançar. Muitos resolveram este problema permanecendo imóveis devido a paralisia das pernas. Muitos destes casos persistiram durante anos após o fim da guerra. Eram muitas vezes tratados por forte sugestão, utilizando-se todos os meios disponíveis para reforçar a vontade de mover as pernas. Exceto num hospital, os resultados não foram impressionantes. É significativo que o exército francês não estivesse

sobrecarregado com casos de «choque de guerra», tal como o entendíamos, pela simples razão de não reconhecer tal entidade.

Nos anos vinte, como estudante de medicina, e nos meus primeiros anos como médico, na década de trinta, ainda se encontravam casos de paralisia histérica. A guerra terminara e as mulheres voltaram a fornecer a maioria dos casos. Embora as mulheres pareçam ser mais propensas à histeria do que os homens, isto nunca deve ser entendido como implicando que os homens, no conjunto, sejam menos sugestionáveis ou egocêntricos do que as mulheres. Tal como sucedia com a maioria dos casos de «choque de guerra», a histérica dos anos trinta não reagia com exibição emocional excessiva. Muitas representavam com grande sucesso o papel de heroína resignada e sem queixas.

Com a disseminação do conhecimento psiquiátrico, com maior insight por parte do médico quanto à estrutura e aos motivos dos histéricos, os casos de histeria com paralisia, convulsões e exibição emocional tornaram-se progressivamente mais raros. A doença passou então a ser acompanhada por ansiedade e tensão aumentadas. Isto aconteceu porque estes últimos sintomas tinham, com o advento da psiquiatria analítica, passado a ser não só aceitáveis como respeitáveis. A principal característica histérica era agora o desejo de obter o máximo de atenção dos que estavam próximos do doente, incluindo os seus médicos, através de uma reação exagerada e grosseira aos próprios sintomas. Deve lembrar-se que, em todas as neuroses, existe a punhalada primária da tensão e uma reação secundária, pessoal, a essa tensão. O histérico tem uma dose excessiva de ambas. Ninguém jamais suportou uma tensão como a sua. Ninguém carregou o fardo de uma exaustão tão extrema. (Na maior parte dos casos, apresentam um aspeto notavelmente bom.)

Ora, enquanto os conflitos subjacentes aos estados de ansiedade e obsessivos podem ser sérios e difíceis de elucidar, no histérico muitas vezes não se trata tanto de conflito enterrado, mas de motivo consciente — e este é frequentemente dolorosamente óbvio. Os sintomas podem visar diretamente um marido infiel, cujas atenções, a esposa sente, poderão estar orientadas para outra pessoa. O histérico masculino pode elevar o mais antigo estratagema do mundo — «a minha mulher não me compreende» — a grito do coração. A isto junta-se uma ameaça, velada ou aberta. Muitas vezes envolve a sugestão de que o doente sairá de casa amanhã, ou se suicidará no dia seguinte, se o marido não deixar de ser simpático com a rapariga dos Correios, ou se o médico não internar o doente como emergência no hospital. Nos casos mais leves desta doença penosa, a desvalorização — ou a resistência — às exigências irrazoáveis do doente pode ter um efeito benéfico temporário. O marido ou o médico resiste à

vontade do doente com a sua própria e o doente pode melhorar durante algum tempo.

Existe, no entanto, uma categoria do que se pode chamar «histéricos malignos», que conseguem sempre obter o que querem: seja que o marido fique em casa todas as noites e lhes dedique cada segundo do seu tempo livre, seja o direito de permanecer internados e ocupar uma cama em detrimento de casos urgentes. Exercem chantagem sobre médicos e familiares com ameaças de suicídio que, por vezes, são concretizadas. Um colega meu disse que o tratamento destes casos era a rendição total porque, no fim, estas pessoas acabam sempre por impor a sua vontade aos outros. A grande maioria dos histéricos malignos são mulheres. Apesar da emancipação rapidamente crescente, as mulheres continuam a ter menos hipóteses do que os homens de alcançar posições de autoridade administrativa. Histéricos como os que descrevo sofrem de uma vontade de poder sem capacidade de a implementar. Impedidos de serem líderes na comunidade, exigem o tributo de atenção total e subserviência do seu círculo imediato.

Significa isto que uma grande parte dos seus conhecidos é forçada a prestar homenagem ao histérico maligno? Não é o caso, porque o doente só exerce influência sobre aqueles que pressente como especialmente vulneráveis a ela. Fá-lo em virtude de ser psíquico. Este dom exprime-se sobretudo numa aptidão para sentir atmosferas. Isto é menos uma questão de perceção aguda do bem e do mal do que de ter um faro infalível para a presa. Reconhece, ao primeiro olhar, um futuro marido maduro para ser devorado. Carnívora por natureza, deteta, ainda assim, a presença do herbívoro com infalível precisão. Sabe de imediato qual é o homem que — quer o ame quer não — acabará por casar com ela, porque faz o escravo perfeito.

Estas doentes reconhecem o médico que será atropelado pela astúcia suplicante dos seus olhos e gestos. Têm também uma espécie de telepatia pervertida. Registam imediatamente os primeiros passos da capitulação da vítima. Não exercem a sua influência — isto é, não produzem os seus sintomas — para benefício do impercetivo, do não psíquico e do bovino. Nas últimas três décadas, as suas tentativas chantagistas de suicídio já não são triviais. São muitas vezes suficientemente sérias para deixarem quem as acompanha com alguma dúvida. Ocasionalmente, cometem suicídio por acidente, ao subestimarem a potência da dose que nunca pensaram ser letal.

Muitos histéricos têm outros atributos psíquicos para além dos que referi. Entre estes, a precognição é a mais comum. Conheci uma mulher com tendências histéricas que previu, num sonho, o torpedeamento do navio do

marido. Outra, com paralisia histérica, vaticinava frequentemente acontecimentos futuros, incluindo a morte do pai. A tensão agonizante da precognição justifica, em parte, a tendência do histérico para prender os outros a si, em busca de apoio.

É muito significativo que esta forma maligna de histeria tenha agora substituído o estado obsessivo como a forma mais intratável de neurose. Quando se era jovem, ensinava-se que o prognóstico dos estados obsessivos era sombrio. Na verdade, é muito melhor do que alguma vez se imaginou. Por outro lado, a histeria maligna aumentou na intensidade dos seus sintomas, na sua frequência e na sua resistência ao tratamento. Isto porque foi acrescentado um outro fator ao quadro. Os piores casos estão contaminados por possessão. Isto explica a transformação do herói passivo, «chocado de guerra», para os vampiros humanos que descrevi. Estes sempre existiram, mas o seu número está a aumentar. Só se pode atribuir este fenómeno à concentração elevada de mal na atmosfera e ao esforço acrescido de entidades desencarnadas malignas para influenciar os vivos.

Na histeria maligna, a possessão é crónica mas não total. O indivíduo pode ser motivado por uma entidade possidente, mas conserva controlo suficiente de si para saber até onde ir e não ir mais longe, como nas suas tentativas suicidas. Alguns histéricos malignos tornam-se paranoides na velhice. Nesse papel, podem ser extremamente perigosos, porque a combinação de vontade feroz e astúcia, reabastecida pela tendência paranoide, torna-os, quando totalmente possuídos, cruéis e possivelmente homicidas.

A questão da possessão na histeria surgiu, embora sob uma forma diferente, no século passado, durante as famosas demonstrações de *grande hystérie* de Charcot na Salpêtrière, em Paris. A hipnose era usada por diferentes razões muito antes de Charcot empreender as suas celebradas investigações sobre a natureza da histeria. Inferiu-se, por isso, que, quando cometia erros, os cometia em grande escala. O seu suposto grande equívoco foi este: reconheceu que o histérico era anormalmente sugestionável; por isso, assumiu que era mais hipnotizável do que as pessoas normais. Daí concluiu, por fim, que apenas os histéricos eram hipnotizáveis. Ser hipnotizado era tanto uma doença como uma condição. Charcot não procurava remover sintomas por hipnose. Para Charcot, ser hipnotizável era uma síndrome em si mesma. Os seus doentes apresentavam certamente quadros dramáticos. Alguns entravam em convulsões semelhantes às da epilepsia. Aqueles que respondiam à sua técnica com inconsciência e convulsões eram rotulados como casos de *grande hystérie*.

As teorias de Charcot foram refutadas e um grupo crescente de terapeutas utiliza a hipnose como meio de tratamento. Muitos defendem — e em larga medida com razão — que qualquer pessoa pode ser hipnotizada, desde que esteja disposta a cooperar. (Este argumento não é inteiramente verdadeiro. Há pessoas demasiado egocêntricas para entregarem a sua personalidade a um hipnotizador, mesmo que, ao nível consciente, estejam dispostas a fazê-lo.) Afirma-se também que ninguém pode sofrer dano com a hipnose e ser levado a comportar-se de forma errada e contrária ao seu carácter normal. Sinto que isto é um erro e que varremos Charcot para debaixo do tapete com demasiada pressa. Talvez porque o elemento convulsivo tenha desaparecido da histeria. Mas serão as convulsões epileptiformes e outras, induzidas por Charcot, de maior importância do que imaginamos? Não terá a escola moderna — que insiste em que não se pode fazer mal com a hipnose — falhado em compreender a possibilidade de os doentes se tornarem possuídos no decurso da hipnose? A própria entrega da vontade envolvida no processo deixa o doente mais exposto às entidades possidentes.

E se os doentes de Charcot com convulsões estivessem sob domínio de entidades desencarnadas? A entrega da personalidade ao hipnotizador cria um vazio favorável à possessão. Devemos recordar também que a convulsão epilética, tão semelhante à induzida por Charcot, é muitas vezes atribuível à possessão, e que os movimentos convulsivos se destinam a expulsar a entidade possidente. Quanto mais se reflete sobre as demonstrações de Charcot, mais se fica convencido de que, em muitos dos seus casos, a hipnose foi seguida de possessão. Não se pode explicar por sugestão o facto de muitos dos doentes hipnotizados de Charcot se entregarem a convulsões epileptiformes, pela simples razão de que estavam num estado de consciência alterada e, nessa fase, não eram capazes de ser influenciados por sugestão.

Estas considerações conduzem automaticamente à questão de quanto bem ou mal pode ser feito pela hipnose. A terapia hipnótica destina-se sobretudo a curar os sintomas do doente através de sugestões positivas feitas enquanto está sob hipnose. Diz-se ao obsessivo que toca em cada terceiro corrimão ou que não pisa as fendas entre as lajes do passeio que, como resultado do tratamento, evitará realizar esses rituais compulsivos.

Os resultados obtidos no tratamento das neuroses variaram naturalmente entre hipnotizadores, alguns dos quais têm ideias notáveis sobre o que constitui uma cura. Tenho dificuldade em recordar um número significativo de pessoas que tenham beneficiado, quanto mais sido curadas, por tal tratamento. Não se deve esperar demasiado de métodos que envolvem tentativas de expulsar

sintomas pela imposição da vontade do terapeuta — sob a forma de sugestão positiva — sobre o doente, tornado mais permeável pelo estado hipnótico. A confrontação de vontades entre doente e terapeuta em psiquiatria nunca é proveitosa. Milita contra o contacto psíquico curativo entre doente e médico, que só ocorre quando a vontade não está em ação.

A hipnose concebida para regredir os doentes, de modo a recordarem encarnações passadas, está quase *de rigueur* neste momento. Pouco bem pode vir daí. A mera recordação histórica de uma vida passada não pode remover sintomas, mesmo quando estes têm origem nessa vida anterior. A situação é um pouco análoga ao que ocorreu no feliz alvorecer da análise freudiana: bastava ao doente compreender a origem dos seus sintomas para que estes desaparecessem. Nunca desapareciam.

A mera compreensão intelectual de uma condição patológica, mesmo que correta, nunca curou qualquer estado de emoção perturbada — e nunca o fará.

Pode argumentar-se que, sob hipnose, o doente não se limita a ver vidas passadas, mas revive efetivamente o conteúdo emocional das suas memórias reprimidas, do mesmo modo que, com o uso de certas drogas, revive e exprime as emoções reprimidas associadas a conflitos enterrados e a traumas psicológicos passados e reprimidos. Certamente, as gravações de alguns dos que foram regressados a episódios trágicos de vidas passadas por vezes revelam uma emoção lancinante que parece genuína. Isto não altera a minha opinião de que tomar medidas ativas para recordar vidas passadas, ou para intensificar a memória distante que o indivíduo possa possuir, é um erro e pode muito bem ser perigoso.

A memória distante é rara. Deve ser deixada a indivíduos que estejam maduros para a experiência. Tentar antecipar-se é provocar uma divisão entre o homem interior e o homem exterior. Ter — e aceitar passivamente — memórias de vidas passadas é uma experiência psíquica em que a psique, por algum tempo, tomou o lugar da personalidade sem resistência desta última. Oferecer-se para uma regressão hipnótica com o fim de recordar vidas passadas é uma entrega voluntária da personalidade antes de esta estar madura para a experiência.

Hipnotizadores entusiastas, sobretudo os que não têm qualificações médicas, não se cansam de nos assegurar que, mesmo que a hipnose não seja de particular benefício para o doente, não lhe pode fazer mal e que ele nunca pode ser levado a fazer nada antissocial contra a sua vontade e fora de conformidade com a sua estrutura habitual. Qual é a evidência para tais afirmações

tranquilizadoras? Soam bem quando vêm de hipnotizadores respeitáveis, se estes se limitaram a sugestões inofensivas destinadas a remover os sintomas do doente. Mas o que acontece se, no estado hipnotizado altamente sugestionável, um indivíduo instável — por exemplo, um esquizofrénico não diagnosticado ou um psicopata — for instruído a lançar um ataque homicida contra alguém? Temos de distinguir claramente entre remover sintomas por hipnose e estimular o doente a fazer algo positivo.

Perder um sintoma é largar algo. A vontade fica temporariamente em suspenso. Ser encorajado, em estado hipnótico, a fazer algo positivo é um reforço da vontade pela vontade. Afirma-se hoje em dia que o desempenho atlético pode ser aumentado por hipnose. Tentar vencer um adversário ou um recorde é um exercício egocêntrico. O treinador e o hipnotizador combinam-se com o atleta para tentar superar os outros. Este é um exemplo relativamente inocente, mas se o indivíduo que se submete à hipnose deseja muito alguma coisa — mesmo abaixo do nível consciente — toda a espécie de impulsos antissociais pode ser desencadeada por sugestões positivas instiladas na mente do sujeito pelo hipnotizador.

Pior ainda pode acontecer. Indicámos que os doentes de Charcot poderão, no seu estado de vazio, ter sido invadidos por entidades desencarnadas. E se o hipnotizador for um transmissor ativo do mal ou, pior ainda, um malfeitor consciente que deseja que o doente seja sua criatura? Não se pode despachar isto com um riso, como fantasia à maneira de Buchan, inspirada em *The Three Hostages*, em que a personagem dominante do livro faz das pessoas seus escravos por hipnose. Podemos sequer chamar fantasia ao livro? O autor, há meio século, descreve como uma sociedade pode apodrecer por dentro através da infiltração dos seus círculos superiores por pessoas que aparentam possuir todos os atributos que sustentam a estabilidade de uma civilização e, no entanto, estão empenhadas em miná-la. Ter sustentado, nos anos vinte, a ideia de que Burgess, Maclean e Philby — todos membros da classe privilegiada — eram traidores ativos teria sido seguramente considerado mais fantasioso do que qualquer coisa em *The Three Hostages*. É completamente impossível acreditar que, nas unidades psiquiátricas soviéticas concebidas para a reeducação dos recalcitrantes, a hipnose — com grande dose de sugestão positiva malevolente — não tenha sido praticada, com ou sem o uso de drogas, para amolecer o indivíduo.

Hoje em dia, eu recomendaria a hipnose a uma histérica grave — e menos ainda àquilo a que eu chamaria uma histérica maligna — tão pouco quanto me

voluntariaria para viver numa nave espacial. O facto de o hipnotizador ser inocente nas suas intenções não é necessariamente uma proteção.

Descrevi histéricos graves, ansiosos por exercer a sua vontade sobre os outros através de chantagem sob a forma de ameaças de tentativas de suicídio cuidadosamente graduadas. Algumas dessas pessoas derivam para estados histéro-paranoides em que, com a sua vontade de poder reforçada, se tornam agentes ativos do mal. O que impede tais pessoas, sob hipnose, de passarem do plano da personalidade — onde até aqui exerceram poder e que abandonam ao serem hipnotizadas — para o mal infinitamente maior do poder expresso no plano psíquico? Entregues a uma entidade possidente maligna, tais doentes são capazes de tudo. Nas mãos de um desencarnado maléfico, podem ou não se aperceber de que são capazes de agir de modo mau, violento ou homicida; ou, alternativamente, podem aproveitar conscientemente a oportunidade para o fazer.

A hipnose, devidamente controlada, é um agente moderadamente útil no tratamento da doença. Tal como a própria ciência, a civilização depende da questão: em cujas mãos é colocado o conhecimento? Voltamos a Rabelais, que disse: «A ciência sem consciência é a obra do diabo.» É-me aterrador que, neste mundo contaminado, qualquer pessoa que queira possa praticar hipnose. Não consigo acreditar que mais do que uma minoria ínfima possa, ou deva, ser digna de confiança para ter acesso à psique de outro — que é o que acontece quando um doente entrega a sua personalidade a outrem no decurso da hipnose. Nada impede que um sugestionável seja hipnotizado por um amador entusiasta e, muitas vezes, longe de desinteressado. Nada podemos fazer para impedir estes exercícios privados de estupidez, credulidade ou maldade franca. A hipnose nunca deveria ser praticada, exceto por homens escolhidos de probidade imaculada, com insight excecional, completamente desinteressados, de elevada cultura, com qualificações médicas e, como a mulher de César, acima de qualquer suspeita. Não são muitos os que cumprem estes requisitos.

Estou certo de que as sociedades respeitáveis, responsáveis pela disciplina de hipnotizadores leigos, fazem o possível para garantir que personagens obviamente nefastas não são soltas sobre o público. Mas será que um certificado negativo de respeitabilidade satisfaz os requisitos que mencionei acima? Pior ainda: será que a respeitabilidade reconhecida no plano ético exclui a possibilidade de o terapeuta ser um transmissor inconsciente do mal?

CAPÍTULO 11
ESTADOS DE ANSIEDADE DE ORIGEM PSÍQUICA

A condição seguinte a considerar é a neurose de ansiedade. Esta doença comum caracteriza-se por tensão aumentada, acompanhada, nas suas crises, por sentimentos de pavor indefinível e de que o doente encontrará algo horrível ao virar da esquina. Os estados de ansiedade são habitualmente acompanhados por fobias específicas. O doente pode ter pavor de infeção, loucura, morte, espaços fechados ou abertos, ou alturas. A sua ansiedade é, essencialmente, medo crónico e, por isso, até certo ponto, faz parte da condição humana. Tipicamente, os casos de neurose de ansiedade são de longa duração e não costumam desaparecer ao fim de poucas semanas, como, hoje em dia, é frequente acontecer com estados depressivos tratados com potentes antidepressivos e eletroconvulsoterapia.

De todas as condições psiquiátricas, o estado de ansiedade é o menos associado a fatores psíquicos. É, essencialmente, a resposta natural do homem à selva da existência. Está mais enraizado e limitado à personalidade do que à psique. É mais explicável em termos da psiquiatria contemporânea. Como a personalidade é, essencialmente, um compromisso entre aquilo que desejamos da vida e aquilo que a manada nos permite, o estado de ansiedade afirma-se porque a ansiedade é um sequelar comum da frustração de impulsos enraizados na personalidade. A repressão do impulso autoafirmativo — ou vontade de poder —, ou a oposição a ele, é frequentemente acompanhada por ansiedade. Se a frustração se prolonga por muito tempo, a ansiedade pode também prolongar-se.

As pessoas da minha geração foram educadas a acreditar, e muitas acreditaram implicitamente, que a repressão do impulso sexual era mais conducente à ansiedade do que qualquer outra forma de inibição. Isto não é assim, porque a tensão sexual é única por possuir os seus próprios mecanismos fisiológicos de descarga e alívio. O indivíduo pode reduzir a tensão através do coito e existe sempre a válvula de segurança da masturbação. Refiro-me especialmente aos homens, porque, nos homens, o sexo tende a permanecer por períodos mais longos ao nível consciente e está mais «à mão». Para as mulheres é igualmente comum e de maior importância, mas o impulso é muitas vezes mais velado e, em geral, precisa de ser despertado.

O sexo envolve essencialmente a alternância entre a acumulação de tensão e a sua dissipação. A primeira é tão prazerosa quanto a segunda. Existe, de facto, um mecanismo incorporado no sexo que protege contra a neurose. Falo particularmente destes dias de liberdade sexual, em que o sexo é amplamente

praticado e ventilado. O que, no passado, tornava o sexo tão importante na neurose não era o impulso em si, mas o puritanismo dominante. A ideia de que sistemas morais podem, ou devem, assentar no sexo é mais conducente à neurose do que a própria tensão sexual. Hoje, a interferência com os impulsos de poder do indivíduo — e com os seus impulsos autoafirmativos e aquisitivos — é mais provável que produza estados de ansiedade do que a inibição dos seus desejos sexuais. Isto é ainda mais verdadeiro porque, no nosso tempo, as perversões sexuais já não são punidas pela sociedade. O homossexual vivia muitas vezes num estado de ansiedade, não por causa da sua homossexualidade, mas por medo de que fosse descoberta. O número de homossexuais que hoje se apresentam para tratamento reduziu-se a uma mão-cheia.

É evidente, pelo que disse, que é difícil dizer onde terminam as vicissitudes comuns da vida e começa o estado de ansiedade. A característica distintiva mais importante é o grau de tensão: será suficiente para causar agonia ao doente, prejudicar a sua eficiência e impedir que tome decisões necessárias? É natural que o público leigo encare qualquer estado de ansiedade tangível como necessitando de algum tipo de análise. Isso foi-lhes martelado pelos numerosos expoentes, profissionais e amadores, da psiquiatria analítica, e em particular pelos de persuasão freudiana. Na realidade, um grande número destas condições deve-se à pressão excessiva e prolongada das circunstâncias. A correção destas, juntamente com regimes sedativos, produz muitas vezes melhores resultados do que os métodos analíticos.

Isto não quer dizer que não existam, nestes casos, fatores predisponentes dignos de análise. Digo apenas que muitos doentes escapariam sem sintomas não fosse a intervenção dos seus problemas atuais e que a solução destes últimos — contrariamente ao que o público espera — muitas vezes oferece melhores resultados do que a resolução de conflitos enterrados.

No entanto, embora o estado de ansiedade, sobretudo quando tende a ser prolongado e contínuo, seja menos marcado por factores psíquicos do que outras condições psiquiátricas, não há dúvida de que estes desempenham um papel dominante numa proporção impressionante de casos. O factor psíquico pode atuar no passado ou no presente, ou pode estar orientado para o futuro. Tratemos primeiro dos casos com origem no passado, isto é, em vidas passadas, e daqueles em que a ansiedade extrema, mais do que qualquer fobia específica, é a característica predominante. Em muitos destes casos, o que salta imediatamente à vista é a curta duração dos sintomas. O estado de ansiedade pode durar apenas um ou dois dias. Isto contrasta de forma marcante com a

neurose de ansiedade normal, na qual a tensão cresce lentamente e só atinge o seu apogeu após semanas. Nos casos que descrevo, o indivíduo, completamente descontraído e racional, é literalmente apunhalado por uma pontada de pânico e horror que o domina num segundo. Esta desaparece, muitas vezes ao fim de um único dia, com igual rapidez. Quando ocorrem um ou dois dias de tensão e pânico sem causa discernível em indivíduos basicamente estáveis e não predispostos à tensão, deve suspeitar-se da origem dos sintomas de ansiedade em encarnações passadas.

Aqui coloca-se uma questão absolutamente vital em psiquiatria. Os sintomas que um paciente manifesta não surgem do nada, mas dependem da sua personalidade pré-existente. A esquizofrenia não aparece do vazio nem ataca o indivíduo como uma gripe. Surge sobre o pano de fundo de uma personalidade esquizoide pré-existente. A grande maioria dos estados de ansiedade comuns ocorre em indivíduos de constituição reconhecidamente tensa. Na realidade, os estados de ansiedade de um dia ou os estados ansioso-depressivos com origem numa vida passada continuam a ser atribuíveis à personalidade pré-existente, mas esta envolve não a herança de uma predisposição para a tensão, mas sim de uma constituição psíquica com um dom especial para a memória longínqua.

Nunca se deve atribuir um estado de ansiedade a acontecimentos de encarnações anteriores sem prova positiva de que o paciente possui memória longínqua detalhada, de preferência de mais do que uma vida anterior. Os meus critérios pessoais quanto ao que constitui prova serão claros para quem leu os meus livros *The Cathars and Reincarnation* e *We Are One Another*.

Não é possível sentir ansiedade aguda sem depressão concomitante, nem o inverso. Utilizam-se diagnósticos que exprimem a emoção dominante. O termo híbrido «ansiedade-depressão» é, em muitos casos, mais exato. A tensão associada à recordação — e sobretudo à revivência — de acontecimentos breves em encarnações passadas é particularmente aguda e peculiarmente indefinível. Aprende-se, por amarga experiência, quais os estados de ansiedade atribuíveis a vidas passadas. Mais do que uma pessoa assim afetada designou a sua condição como «os horrores». Há algo de sobrenatural no tipo de pânico vivido. Isto é de esperar, uma vez que tem origem noutra vida. O termo «os horrores» implica que, nestes casos, a depressão está associada a um pânico agudo.

Eu próprio, e uma mulher com quem partilhei várias encarnações anteriores, sofremos nesta vida muitos dias isolados de tensão extrema no aniversário de desastres e tragédias ocorridos em vidas passadas. Estes incluíam

interrogatórios diurnos e noturnos a que fomos submetidos no século VII d.C., numa época em que a Igreja Céltica da Cumbria, que incorporava nas suas doutrinas crenças regionais não aceites na Europa, estava a ser uniformizada em nome de uma maior unidade sob Roma. A minha companheira e eu fomos igualmente alvo de espancamentos, interrogatórios e torturas na Roma do século IV d.C., como possíveis aderentes do culto de Mitra.

Nessa altura, o Cristianismo era a religião oficial do Império Romano e não éramos populares junto de alguns dos intérpretes mais extremistas da nova religião, que por vezes nos agrediam. As autoridades seculares eram mais sistemáticas e severas, pois consideravam então o culto de Mitra subversivo e uma ameaça dentro do exército. O eco psiquiátrico, no século XX, destes interrogatórios do século IV foi acompanhado por olhos inflamados e maxilares inchados, onde muitos anos antes tínhamos sido açoitados no rosto com chicotes. A minha companheira apresentava também sinais nas axilas da pressão de uma espécie de pelourinho no qual éramos obrigados a permanecer enquanto éramos interrogados.

No mesmo dia de Dezembro de cada ano sentíamos uma tensão aguda com origem semelhante em duas encarnações diferentes. Na encarnação céltica, um manuscrito que considerávamos valioso esteve quase perdido numa emboscada, no mesmo dia em que, nas nossas vidas como Cátaros, um pedido para esconder manuscritos considerados igualmente valiosos foi recusado pelo proprietário da casa a quem recorremos.

Outra causa de tensão aguda, com a duração de um dia, é a recordação e revivência de mortes em encarnações anteriores. Podem ser a própria morte ou a de pessoas próximas, tanto em vidas passadas como na presente. O dia 15 de Abril é um dia difícil para mim e para um ou dois outros, pois assinala a minha morte na encarnação céltica. O dia 29 de Maio é igualmente difícil por motivo semelhante, pois a mulher acima referida, com quem partilhei várias encarnações, morreu no equivalente a esse dia no século VII d.C.

Um estado de ansiedade com duração não superior a um dia pode ser induzido por um acontecimento particularmente trágico de uma vida anterior recordada, mesmo que o indivíduo não tenha desempenhado necessariamente um papel pessoal no evento. A mulher mencionada no parágrafo anterior não conseguia afastar da mente a constante reverberação da palavra Carcassonne no dia 15 de Agosto de 1971. Foi nesse dia que, sete séculos antes, a cidade caiu nas mãos dos cruzados católicos.

Por vezes, estes estados de ansiedade de um dia são acompanhados por experiências visuais que identificam um incidente específico. No início de Maio de 1971, a mesma mulher viu o colapso de uma enorme forca com braços laterais gigantes, nos quais oitenta cavaleiros estavam suspensos. Isto aconteceu em Lavaur, no Languedoc, no mesmo dia do ano de 1212. Recordações deste tipo podem ser acompanhadas por sintomas somáticos, como no caso do paciente que, a 22 de Julho de 1972, vomitou durante todo o dia, assombrado por visões de uma cidade medieval onde pessoas eram massacradas por outras que evidentemente desfrutavam das suas atividades. No mesmo dia, ao atravessar Tours de carro, tive, como expressão somática das minhas memórias do século XIII, um ataque de angina de peito. O massacre de Béziers ocorreu a 22 de Julho de 1209.

Os estados de ansiedade de origem psíquica em vidas passadas podem durar mais do que um dia e corresponder exatamente a um período de tensão numa vida anterior. As crises de ansiedade mais prolongadas dependem não só do grau de tensão sentido na vida passada, mas também do número de pessoas que a sentiam. Um grupo sitiado no castelo de Montségur, em 1243, tornou-se, no início da década de setenta, muito tenso durante alguns dias antes do Natal. Isto correspondeu ao contrabando de manuscritos, sete séculos antes, para fora da fortaleza sitiada, através das tropas cercantes. A ansiedade era então aumentada pelo facto de alguns dos que a sentiam conhecerem o autor de um ou dois desses manuscritos, tanto sete séculos antes como nesta vida.

Por vezes, um estado de ansiedade com origem numa encarnação anterior é acompanhado por sintomas físicos. Uma doença ou acidente numa vida passada produz sintomas ainda visíveis centenas de anos depois. Uma mulher que, doze séculos antes, sofrera de meningite cérebroespinal não só sentiu ansiedade aguda no mesmo período desta vida, como apresentou rubor intenso durante vários dias, juntamente com controlo inadequado da bexiga, refletindo a infeção da sua coluna lombossagrada de doze séculos antes. Outra mulher, ao recordar um terramoto numa encarnação remota por volta de 1700 a.C., na região da Grécia, sentiu-se extremamente ansiosa e inquieta num determinado dia e teve dores e hematomas na zona das vértebras inferiores. Esse foi o dia em que recordou ter sofrido uma fratura da coluna, num terramoto, que acabaria por ser fatal. A dor diminuiu à medida que a ansiedade se dissipou, ao fim de dois dias.

Estados breves de ansiedade deste tipo podem estar associados não só a sintomas, mas também a sinais visíveis de doença. Durante três anos consecutivos tive, no mesmo dia, uma ferida em forma de V chamada *sordes* por

baixo do lábio inferior. Ora, feridas desta natureza estão associadas a doenças debilitantes prolongadas, como a febre tifoide ou a tuberculose, e são hoje raramente vistas na Europa. Nesta vida, eu não sofria de nenhuma dessas doenças. Esta ferida específica, induzida por memória longínqua, surgiu em questão de minutos. Normalmente, teria levado semanas a aparecer. Em cada ano durou apenas um dia. Coincidiu com a memória longínqua de uma exacerbação aguda de uma doença tuberculosa que tive no século XIII. Pode chamar-se a isto um verdadeiro acompanhamento somático da ansiedade.

A tensão que experimentei com o aparecimento das *sordes* foi menor do que a que tive em anos anteriores, no mesmo dia, quando vivia a memória longínqua sem sintomas físicos. A explicação é simples. Nesta vida, quando a ansiedade é acompanhada por sintomas físicos, o aparecimento destes tende muitas vezes a reduzir o grau de tensão conscientemente sentida. O mesmo se aplica aos estados de ansiedade e aos acompanhamentos somáticos com origem em vidas passadas. Quanto mais a tensão se expressa em sintomas físicos, menos intensamente é sentida pelo paciente.

Ao discutir estados de ansiedade de origem psíquica, tratei apenas daqueles em que o sintoma principal é uma elevação simples mas aguda da tensão. Não falei de fobias específicas, como o medo anormal e irracional de espaços fechados ou abertos, de infeção ou de loucura, que caracterizam as neuroses de ansiedade. Algumas destas fobias derivam diretamente de experiências em vidas passadas. Uma mulher não neurótica, a morrer de cancro, desenvolveu memória longínqua aguda nos últimos meses da sua vida. Nessa altura, sofreu de uma fobia relacionada com o lançamento de pedras. Esta atingiu tal intensidade que não conseguia atravessar uma determinada zona onde rapazes atiravam pedras uns aos outros de forma relativamente inofensiva. Esta fobia derivava diretamente do cerco de Montségur, em 1243 e 1244, durante o qual, por vezes, as muralhas do castelo eram bombardeadas com pedras lançadas por máquinas que entravam em ação de dez em dez minutos, dia e noite.

Outra mulher, com memórias semelhantes, não conseguia aproximar-se de uma casa que estivesse a ser demolida até que a demolição estivesse concluída. O som das pedras era, para ela, demasiado evocativo do bombardeamento de Montségur.

Algumas fobias, como o medo excessivo de aranhas e serpentes, são explicadas como arquetípicas, como reelaborações de símbolos significativos derivados, através do inconsciente, da mitologia antiga. Esta é, em termos gerais, a explicação junguiana.

Os mesmos sintomas são interpretados pelos freudianos de uma forma diferente, como representações exteriores de necessidades interiores. Segundo Freud, a serpente é um símbolo sexual — o que é que não é? — e explicações semelhantes são avançadas para a diligente aranha.

Uma grande parte deste medo de serpentes e aranhas é natural ao ser humano. A serpente é um animal furtivo, silencioso, frequentemente venenoso, difícil de detetar, rápido a atacar e contra o qual é difícil proteger-se. É natural sentir medo de um réptil assim, e algumas pessoas sentem-no mais do que outras. As mesmas características aplicam-se a aranhas venenosas como a tarântula e a viúva-negra americana. Mas mesmo quando o pavor destes animais atinge um nível fóbico, as explicações junguianas ou freudianas não são necessariamente verdadeiras. Que dizer da paciente excessivamente corajosa cujo medo de aranhas é tal que faria tudo para evitar qualquer contacto com elas? Esta fobia teve origem no facto de ter sido lançada numa cela subterrânea na Roma antiga, após ter sido interrogada e espancada pelas autoridades. A cela em questão estava repleta de aranhas enormes.

Uma parte dos pacientes com fobias semelhantes remonta, a um nível quase consciente, a períodos de encarceramento em vidas passadas. A prova de que tais fobias são produtos de memória longínqua é por vezes fornecida pelos sonhos do paciente. Quando não existe memória longínqua consciente durante o estado de vigília, um sonho recorrente, envolvendo prisão e aranhas, pode dar uma pista quanto à origem da fobia. Nesta época, a reação habitual do paciente é acreditar que sonha com aranhas porque tem um medo irracional delas durante o dia e que tanto os sonhos como a fobia resultam de algum conflito reprimido. A verdade é frequentemente outra. Ele tem medo durante o dia por causa da verdade mais profunda a que se aproximou durante a noite, em sonhos que têm origem em encarnações passadas.

Embora as fobias da doença ou da morte possam ter explicações variadas, isso não significa que devam ser descartadas como sintomas banais sem implicações psíquicas. Há pessoas com fobias de contrair doenças de pele em que a angústia mental é completamente desproporcionada à gravidade da condição física. Muitas destas pessoas sofreram, em vidas passadas, expulsões cruéis da sociedade, porque se acreditava que as doenças que afetavam a pele — e particularmente a lepra — eram consequências do pecado do paciente. O tratamento dispensado a estes infelizes era muitas vezes análogo ao infligido aos hereges. Envolvia a exclusão social e algo ainda pior.

O que parece ser um medo fóbico comum da morte pode ser parte de uma recordação difusa de alguma forma particularmente horrível de morrer. Conheci

muitos pacientes com memória longínqua fragmentária e episódica cujo medo do fogo está ligado à recordação de terem sido queimados como hereges. O medo da loucura, especialmente quando surge isoladamente em pessoas não propensas a preocupações excessivas, pode ser uma recordação vestigial de ter sido enlouquecido pela tortura numa vida passada. Em todos estes casos, não se deve assumir que a fobia, por si só, seja prova de que a sua origem reside noutra encarnação. Só pode ser considerada significativa se se articular com elementos de memória longínqua e sonhos recorrentes claramente relacionados com os sintomas do paciente.

Embora não devamos esperar encontrar muitos sinais de atividade psíquica nas fobias do quotidiano, como o medo de espaços fechados — a chamada claustrofobia — normalmente manifestado em relação a elevadores ou pequenos armários escuros, mesmo aqui o factor psíquico pode ser inequívoco. Conheci pessoas com memória longínqua indiscutível que sofreram de claustrofobia associada à recordação de terem sido encerradas numa pequena câmara escura. Uma dessas mulheres tinha uma memória detalhada de cinco encarnações anteriores à sua vida atual. Em quatro delas, tinha entrado de forma muito evidente em conflito com a autoridade religiosa ortodoxa. A sua claustrofobia datava do período em que, sendo uma mulher de trinta anos mas disfarçada de rapaz, foi escondida numa cela escura para a proteger dos seus inimigos.

Outra mulher, com a recordação de ter sido encerrada numa pequena câmara escura, apresentava também cicatrizes de queimaduras nas costas, ombros e parte superior do peito, que eram a marca, nesta vida, da sua morte na fogueira em 1210. A partir de uma enorme variedade de dados, tornou-se claro para mim que estamos a viver numa época em que diferentes tipos dos chamados hereges estão a reencarnar em números superiores à média. Isto deve-se ao facto de que, em alguns destes cultos e filosofias, existe um núcleo de verdade que oferece um antídoto ao materialismo avassalador da época em que vivemos.

Algumas fobias de espaços fechados não têm origem em vidas passadas, mas no nascimento do paciente. Ele ou ela foi vítima de um trabalho de parto excessivamente prolongado ou difícil. Aqui, o factor psíquico da criança revela-se na sua capacidade de recordar um nascimento longo e difícil. Esta pode ser a origem do medo fóbico de espaços fechados em muitos estados de ansiedade. Há outros que tiveram experiências semelhantes no nascimento, mas que são incapazes de uma memória completa desse momento, conservando apenas uma memória somática da pressão dos músculos da mãe sobre os seus corpos ao

tentarem sair do útero. Isto traduz-se mais tarde num medo generalizado de espaços fechados.

Seja o que for que se diga sobre as fobias mais comuns, são as variedades menos comuns que nos fornecem a evidência mais clara de origem psíquica. Quanto mais bizarra for a fobia, maior a probabilidade de ter origem psíquica e, em particular, de estar associada à memória longínqua. Isto é especialmente verdadeiro se o indivíduo não tiver uma constituição neurótica. Não é válido afirmar que, se um paciente tem uma fobia, então deve necessariamente ser neurótico. É possível — e comum — que pessoas manifestamente estáveis sejam afetadas por fobias estranhas.

Que sentido faz um medo fóbico de trombetas numa mulher excecionalmente dotada de coragem moral e física? Esse medo era tal que, quando em criança ouvia as trombetas da *Boys Brigade*, entrava quase em frenesim. Em adulta, considera peças como a *Trumpet Voluntary* de Purcell quase insuportáveis, o que constitui uma limitação, dado o seu amor pela música. Esta fobia remonta a há setecentos anos, quando, sitiada em Montségur, ouviu as trombetas soarem para anunciar a capitulação da guarnição.

Quando uma reação aguda de ansiedade se manifesta apenas num local específico, estão claramente envolvidos mecanismos psíquicos. Por local específico refiro-me literalmente a um único sítio, e não a um tipo de lugar. O medo de elevadores, cavernas ou charnecas despidas é bastante comum e não precisa de ser atribuído a factores psíquicos. Uma mulher que teve um ataque agudo de ansiedade, acompanhado de vómitos violentos, ao visitar uma câmara subterrânea escavada em Itália estava a recordar o período em que fora encarcerada e torturada numa sala naquele local, quinze séculos antes. A mesma pessoa não conseguiu entrar, na sua primeira visita, numa cela onde fora interrogada e espancada enquanto prisioneira de guerra francesa em Inglaterra. Apesar da sua grande coragem moral e física, precisou do meu apoio para conseguir atravessar o limiar numa segunda visita.

Uma paciente que sentiu pânico ao atravessar Toulouse de automóvel estava a recordar o período em que fora interrogada pela Inquisição nessa cidade. Tinha mencionado anteriormente o nome de uma igreja de Toulouse pela qual sentia um horror particular. Recordava-se de ter sido arrastada pelos claustros dessa igreja. Mais tarde descobri que uma sessão da Inquisição tinha sido efetivamente realizada nessa parte do edifício. A paciente escreveu-me, antes da sua visita a Toulouse, a perguntar se seria seguro atravessar a cidade. Não tinha sentimentos semelhantes relativamente a qualquer outro lugar.

Reações de ansiedade limitadas a locais específicos como estes são indubitavelmente psíquicas.

O indivíduo em crise de ansiedade pode estar a responder a duas encarnações anteriores no mesmo dia ou em dias próximos. Mais importante ainda é quando a resposta, seja a uma ou a várias encarnações passadas, é partilhada por outros. Tais fenómenos apontam de forma inequívoca para a intervenção psíquica. Poder-se-ia argumentar que o facto de várias pessoas reagirem na mesma data pode ser explicado pela telepatia. É certo que um sensitivo na mesma sintonia que outro pode captar as suas depressões. Mas porque razão haveriam estas experiências partilhadas de ansiedade e tensão, relacionadas com desastres passados, de se limitar apenas àqueles que partilharam encarnações anteriores?

Serão também explicáveis por telepatia os seus acidentes, doenças e perdas? Porque razão este dom atuaria com intensidade máxima em datas específicas? Que a psique, nesses dias, capta todo o tipo de influências malignas é demonstrado pelo facto de nem todas serem necessariamente expressões de desastres ocorridos em vidas passadas. Num dia do início de Abril de 1977, eu — e outro dualista reencarnado — sentimo-nos intensamente ansiosos devido a um desastre numa encarnação passada. Notei que, nesse mesmo dia, um ano antes, outra membro do nosso grupo dualista tinha sofrido um acidente no pé com consequências graves, acabando por desenvolver uma obstrução arterial.

Dois anos antes, outro membro tinha tido um grave acidente de esqui. Noutro ano, ainda outro fora atacado por um doente mental no mesmo dia. Esta combinação de acontecimentos, em que, no mesmo dia, alguns membros do grupo têm crises de ansiedade atribuíveis à memória longínqua enquanto outros sofrem acidentes, perdas e outros desastres, é inequívoca e, pela sua amplitude, ultrapassa largamente a questão da telepatia.

É também claro que a psique muito ativa de uma pessoa com memória longínqua detalhada de várias encarnações pode captar impressões, sobretudo dolorosas, não apenas de acontecimentos das suas vidas anteriores, mas também de eventos ocorridos imediatamente antes ou depois dessas encarnações. Parece haver momentos em que tais psíquicos, girando através do tempo, registam impressões recordadas entre, mas sobretudo imediatamente antes e depois, das suas vidas passadas.

Ansiedade Induzida por Telepatia

Até aqui tratámos dos estados de ansiedade de origem psíquica que têm a sua raiz inequívoca no passado de vidas anteriores. Devemos agora considerar aqueles cuja origem está muito claramente no presente. Ataques breves e imediatos de ansiedade, complicados por factores psíquicos, estão quase sempre associados à telepatia na sua forma mais profunda e somática, em que, apesar da distância, o indivíduo psíquico tem consciência de um acontecimento desagradável ou desastroso através da ansiedade nauseante sentida ao nível do plexo solar. Isto aconteceu-me certamente mais de cem vezes nos últimos quatro anos. Não é motivo de orgulho. Cansa ser um gravador humano dos problemas alheios.

Houve muitas ocasiões em que, passeando tranquilamente no campo ou a ler um livro, captei as vibrações de desastres e doenças que afligiam outras pessoas, sem que me tivessem informado verbalmente disso. Soube, sem que ninguém mo dissesse, que uma rapariga na América estava desesperadamente preocupada com problemas na sua família. Mais tarde fui devidamente informado de que o pai dela tivera um grave ataque coronário e que a sua vida estava em perigo. Uma sensação semelhante revelou depois que a própria rapariga tinha caído subitamente numa depressão severa, para a qual foi necessário tratamento psiquiátrico. Em várias ocasiões soube, por um sobressalto nauseante ao nível do plexo solar, que outro amigo tivera ataques coronários. Captei também que havia problemas na família de um médico noutro país. Vim a saber que a mãe dele teria de ser operada o mais rapidamente possível a um cancro do cólon, que se manifestara subitamente sob a forma de obstrução intestinal.

Todos os indivíduos por quem tive estes súbitos acessos de ansiedade nauseante foram pessoas com quem partilhei encarnações anteriores. Quanto mais íntima foi a relação com elas noutras vidas, mais numerosas e mais agudas são estas reações. Isto é especialmente verdadeiro quando a pessoa em sintonia connosco foi membro da nossa família numa encarnação anterior. O médico que mencionei, cuja mãe sofreu uma obstrução intestinal por cancro do cólon, tinha sido meu filho numa encarnação passada.

Comecei deliberadamente a discussão sobre a ansiedade induzida por telepatia com as minhas próprias experiências, porque sou psiquiatra e talvez esteja melhor colocado para avaliar o seu significado, por me terem acontecido a mim. Demorei algum tempo a perceber que aquilo a que poderia, com toda a legitimidade, chamar ataques agudos de ansiedade era de origem telepática. Diferem dos ataques de ansiedade comuns pelo facto de haver pouca ou

nenhuma acumulação prévia de tensão. É como se alguém tivesse sido atingido por um martelo. Uma pessoa leiga, antes de aprender que a sua ansiedade coincidia com a perceção, à distância, das doenças e desastres de outros, não conseguiria explicar tais fenómenos. Muito provavelmente aceitaria sem dificuldade o diagnóstico de um médico de uma neurose de ansiedade vulgar. A diferença é que estes fenómenos ocorrem quando não existe tensão cronicamente elevada. Surgem do nada, ao passo que as exacerbações agudas de ansiedade quase sempre assentam no aumento lento de uma tensão prolongada.

As minhas pequenas experiências de ansiedade gerada por telepatia não são nada comparadas com as de uma rapariga residente noutro continente. Eu não conseguiria registar o número de vezes em que ela perturbou o meu repouso com telefonemas a dizer que algo de desastroso tinha acontecido a uma amiga da sua mãe falecida, a quem é particularmente dedicada. Uma característica especial da sua telepatia é que ela, apesar de não ter conhecimentos médicos nem de enfermagem, é extremamente precisa quanto às lesões que afetam as pessoas de quem está a registar impressões. No caso dessa amiga em particular, esta rapariga telefonou-me várias vezes do Canadá para dizer que a amiga acabara de ter um ataque coronário.

Em todas as ocasiões, a afirmação revelou-se verdadeira. Noutras vezes, registou no Canadá que algo não estava bem, que a amiga estava tonta e desequilibrada. Verifiquei, nessas situações, que a vítima estava a atravessar uma crise de doença de Ménière. O seu melhor desempenho foi indicar que uma conhecida, a viver à distância e diagnosticada com uma simples inflamação da mama, mastite, tinha na realidade cancro. Com o tempo, o que parecia ser uma inflamação simples revelou-se maligno.

A ansiedade e a miséria vividas por sensitivos como esta devem ser um fardo pesado de suportar. Como todas as pessoas marcadamente — e beneficamente — psíquicas, ela não se deleita com os seus dons, mas sofre consideravelmente por os possuir. Não há qualquer dúvida quanto ao seu estado de ansiedade quando me telefona, não necessariamente — como Cassandra — a profetizar desgraças, mas a indicar que o desastre já apareceu ou está a ocorrer naquele momento. Assim que a condição patológica que ela referiu é atendida, a sua ansiedade diminui de uma forma que seria impossível numa neurose de ansiedade comum.

Existe uma forma ainda mais profunda de telepatia, à qual acrescentei o adjetivo «somática». Trata-se de situações em que o sensitivo capta não apenas que o paciente está doente, mas os seus sintomas concretos. Vi uma mulher em

Inglaterra cujo pé e tornozelo ficaram negros, azulados e inchados, coincidindo com uma rapariga na Suíça que sofrera uma rotura de um ligamento do tornozelo. A descoloração, o inchaço e a dor no pé da sensitiva surgiram em questão de minutos após o acidente. A paciente com a rotura do ligamento não sentiu dor com a lesão. A dor sentida pela sensitiva em Inglaterra foi aguda.

Noutra ocasião, uma paciente envolvida num grave acidente de viação sofreu uma concussão importante e suspeitava-se de fratura do crânio. Foi mantida sob observação apertada num hospital famoso, onde médicos e enfermeiros não compreendiam porque é que ela não tinha dores de cabeça nem quaisquer outros sintomas de concussão. A resposta era que, em Inglaterra, a amiga dela sofrera agonias de dor de cabeça desde o primeiro momento do embate naquele acidente grave, no qual a vida de um dos ocupantes esteve em perigo durante algum tempo.

Quando o sensitivo regista e aceita imediatamente a dor do paciente, ele próprio sofre pouco em termos de ansiedade. É a velha história de os sintomas somáticos substituírem a tensão.

O historial de uma sensitiva em telepatia somática daria para encher um livro inteiro. Havia factores especiais que tornavam as suas experiências ainda mais convincentes. Quatro médicos com estatuto de consultor, todos ligados a um hospital de renome mundial, puderam testemunhar a sua capacidade nestas matérias. Todos aceitaram a sua aptidão para adquirir os sinais e sintomas de outros. Além disso, estes médicos — e membros das suas famílias — testemunharam as suas capacidades e afirmaram muitas vezes, sem hesitação nem reservas, que a cura do paciente e o alívio da sua dor se deviam à intervenção da sensitiva, e apenas a isso.

Foi sublinhado que os estados de ansiedade, de origem psíquica, são quase sempre de curta duração. Ainda assim, existem casos em que estados de ansiedade mais prolongados podem ser comunicados por telepatia consistentemente mantida. Isto acontece menos do que se poderia pensar, porque muitos indivíduos psíquicos deste tipo são muito resilientes e, além disso, os seus sintomas cessam quando a telepatia não está a operar. No entanto, um sensitivo pode reagir tanto às tribulações dos outros que entra num estado de ansiedade que, embora não seja crónico, pode durar semanas ou meses.

Isto é muito mais provável quando um indivíduo altamente psíquico capta, ao longo de anos, os sintomas e o esgotamento de outro igualmente dotado, a quem conheceu intimamente em várias encarnações. A experiência mútua é tal

que reagem às vicissitudes da vida como se fossem uma só pessoa. São, literalmente, exemplos de união psíquica. Mesmo assim, as suas probabilidades de escorregar para um estado de ansiedade crónica são reduzidas. Isto porque pessoas deste tipo, com memória longínqua de encarnações passadas e intimamente ligadas umas às outras através de vidas anteriores, parecem ser intrínsecamente resistentes a condições de ansiedade crónica.

Seria tentador, para quem tem tendência para o sobrediagnóstico, ver nestas pessoas possíveis candidatos a *folie à deux*, em que indivíduos que vivem juntos nesta vida desenvolvem sintomas idênticos, incluindo delírios. Poder-se-ia pensar que o conhecimento íntimo mútuo através de várias encarnações seria equivalente a viver juntos nesta vida. Esta teoria tem a fraqueza de muitas teorias atrativas: não é sustentada pelos factos. A *folie à deux*, ou qualquer tipo de loucura, não é um risco entre estas pessoas. Isto porque a doença psiquiátrica é uma forma de evasão e as pessoas com memória longínqua de mais do que uma encarnação estão a enfrentar a realidade duas ou três vezes mais. A união psíquica, alcançada como resultado de várias encarnações, permite aos que a possuem não apenas exprimir os mesmos pensamentos e sentimentos sobre uma variedade de assuntos, mas também usar frequentemente linguagem absolutamente idêntica. Esta identidade de ponto de vista e de modo de expressão é essencialmente criativa. Não se presta à *folie à deux*.

Temos agora de considerar estados de ansiedade associados a factores em que a tensão é projetada no futuro. Isto envolve, naturalmente, sensitivos cuja especialidade é ver o que está para vir. Muitas dessas pessoas têm estados breves de ansiedade associados aos seus dons de precognição e clarividência. Tais crises podem durar apenas um dia ou algumas horas. O sensitivo vê ou sente um desastre iminente para alguém que lhe é conhecido. Muito frequentemente, a pessoa conhecida é psíquica como ele. Isto não significa que as atividades desses precognitivos e clarividentes se limitem a pessoas de constituição semelhante ou ao círculo familiar destas. O seu campo de ação pode ser muito vasto, mas existe uma tendência para captarem mais rapidamente desastres iminentes que ameaçam outros, psíquicos como eles, e sobretudo aqueles com quem partilharam várias encarnações.

Na minha experiência, fenómenos desta natureza entre sensitivos são tão comuns que, mais uma vez, seria possível citar exemplos interminavelmente. Uma mulher previu um desastre para outra se esta conduzisse o carro até duas localidades que ela situou e mencionou. Este aviso foi tanto mais impressionante quanto veio de outro continente. A profetisa contemporânea sustentou que o perigo persistiria durante um mês. Ao longo desse período, a condutora do

carro, em duas ocasiões — uma por fadiga, porque se esqueceu, e outra porque uma estrada estava cortada — passou por um dos pontos mencionados. Em ambas as ocasiões houve quase-acidentes perigosos. É um exemplo muito brando, que cito apenas por ser algo singular o facto de o estado de emergência se ter mantido durante um período prolongado. A sensitiva que emitiu o aviso permaneceu num estado de ansiedade durante quatro ou cinco semanas. A potencial vítima ficou menos perturbada. Houve aqui um elemento de clarividência, porque a sensitiva viu, em vez de apenas sentir ou prever, a iminência de um acidente.

Um caso mais dramático e, do ponto de vista médico, mais verificável foi o de uma sensitiva que, na minha companhia, ficou de repente e de forma evidente tensa e ansiosa a meio da manhã. Ficou silenciosa, transtornada, com o olhar distante, queixou-se de dor de cabeça e estava claramente subitamente enrijecida pela tensão. Consegui extrair dela que temia que um desastre fosse iminente para a mãe de uma médica que lhe era conhecida. Ela via a senhora idosa deitada, inerte, completamente inconsciente, com um braço e uma perna paralisados e com o lado oposto do rosto igualmente afetado. Deve notar-se que esta paralisia do lado do rosto oposto ao dos membros é completamente exata e típica de uma hemorragia cerebral. Nessa mesma noite, recebeu confirmação de que a senhora em causa tivera uma hemorragia cerebral catastrófica, com a paralisia que a sensitiva ela própria tinha visto horas antes.

Pessoas com dons tão desconfortáveis podem sofrer uma tensão agonizante enquanto aguardam os desastres que prevêm com tanta precisão. Esses desastres podem ser literalmente vistos, como na clarividência, ou registados de forma menos visual pela precognição. De um modo geral, quanto mais o desastre é visto, menor é a agitação que o acompanha e menor é a sua duração. Quando existe apenas uma certeza precognitiva de que algo de mau se aproxima de alguém, a tensão parece ser mais profunda e mais prolongada. É como se o processo de visualização aliviasse um pouco a tensão. Talvez ver um desastre iminente deva ser entendido como outra forma de atividade somática, em que o envolvimento físico ou quase físico e a presença de manifestações físicas — como nódoas negras e dores no sensitivo — tendem a reduzir a tensão consciente. Com efeito, muitos sensitivos clarividentes que aguardam notícias de desastres que já viram desenvolvem sintomas somáticos, como os de enxaqueca e da doença de Ménière, reduzindo assim a tensão psicológica.

Quanto menor for o intervalo entre o desastre — seja uma catástrofe cardiovascular ou o que quer que seja — e a sua perceção pelo indivíduo psíquico, menos este sofre de ansiedade. Quando o período de espera,

clarividente ou precognitivo, por algo desagradável que aconteça a alguém é prolongado, aumentam a intensidade e a duração da ansiedade.

Existe frequentemente uma diferença considerável entre captar de imediato os sintomas de um paciente por telepatia e antecipar, por precognição e clarividência, que algo de mau se aproxima dele. A pessoa com dons psíquicos, reagindo de forma violenta e imediata a algo que está a acontecer a outro na mesma frequência, tem geralmente uma reação intensamente depressiva. Esta perceção horrorizada do desastre intensifica-se quando as calamidades afetam aqueles que lhe são mais próximos e queridos. Quando, porém, o sensitivo antecipa uma doença ou desastre futuros — sejam horas ou dias — para alguém, a reação é muito mais provavelmente ansiosa do que depressiva.

Por vezes, calamidades iminentes para outros são vistas em sonhos, e não em estado de vigília. Curiosamente, a ansiedade e a tensão sentidas nessas circunstâncias podem ser maiores do que as experimentadas pelo indivíduo conscientemente clarividente ou precognitivo. Isto porque a repressão, ao nível do sonho, da calamidade iminente indica uma maior acumulação de tensão por parte de quem sonha.

Existe uma minoria infeliz de pessoas capazes de prever desastres nacionais ou globais não relacionados com elas nem com o seu círculo imediato. À primeira vista, esperar-se-ia que tais pessoas manifestassem sinais de tensão aguda durante um período longo, devido à terrível sensação de responsabilidade pessoal por algo global, combinada com o conhecimento de que nada há a fazer para desviar tais calamidades. No conjunto, porém, essas pessoas parecem exibir menos tensão do que seria de esperar. Talvez seja mais exato dizer que lidam melhor com a sua tensão do que o neurótico de ansiedade médio. Todos os estados de tensão são bifásicos: há o golpe inicial da tensão e a reação que temos a esse golpe. Talvez as pessoas de que falamos consigam dispensar melhor do que outras a reação secundária. Uma paciente minha, com este dom de ver desastres nacionais, ficava regularmente perturbada todos os outonos e, várias vezes na sua vida, entrou em períodos de psicose; mas, no geral, pessoas deste tipo suportam o seu terrível dom com fortaleza.

Tenho sublinhado que a demarcação rígida entre ansiedade e depressão é de evitar e que se deve diagnosticar de acordo com a emoção predominante. O facto de o sensitivo sofrer de ansiedade ou de depressão depende em grande medida de ele se voltar para o futuro ou para o passado. Isto é razoável, pois a ansiedade é sempre projetada no futuro e o arrependimento pelo passado envolve frequentemente sentimentos melancólicos. Em todo o caso, o clarividente e o precognitivo inclinam-se mais para a ansiedade. A memória

longínqua do passado, tal como a memória comum de uma vida passada contemporânea, tende para a depressão, porque o que aconteceu é irrevogável. Muitas vezes, o clarividente e o precognitivo ainda esperam, no íntimo, que algo venha a acontecer para impedir o horror iminente. Nos sensitivos desenvolvidos, essas esperanças raramente se concretizam.

Na telepatia, em que o sensitivo reage imediatamente à doença ou ao desastre, o próprio imediatismo do processo tende para a ansiedade mais do que para a depressão, mas não é possível estabelecer uma regra absoluta. A mulher cujo filho foi retirado do rio como morto, mas que recuperou posteriormente, descreveu-me certamente um estado de horror que era mais depressivo do que ansioso.

Coloca-se a questão de saber se os estados de ansiedade com origem em encarnações passadas tendem a durar mais do que os associados à precognição e à clarividência. Isso depende de quanto tempo durou o período de ansiedade na encarnação anterior e de quanto tempo o sensitivo tem de esperar até que a sua precognição ou clarividência se cumpram. O que se pode dizer com certeza é que os estados de ansiedade de origem psíquica são, com poucas exceções, muito mais curtos do que os que têm origem na personalidade, porque são passageiros. Se durante duas horas se antecipa um acidente de viação a um amigo e ele sobrevive, naturalmente sente-se melhor ao fim de três horas. Se, pelo contrário, a neurose de ansiedade está associada à frustração da vontade de poder, pode durar uma vida inteira.

O papel de factores clarividentes e precognitivos nos estados de ansiedade é maior do que aparenta à superfície, porque muitas vezes um paciente demora algum tempo a associar os seus sintomas de tensão à sua capacidade de ver o futuro. Muitas vezes passa muito tempo até que consiga dizer para si próprio: «Claro, eu estava tenso porque sabia que isto ou aquilo ia acontecer a A ou B.» As suas tendências precognitivas ou clarividentes podem ficar reprimidas durante anos e exprimir-se em tensão e ansiedade. Ele sente o mesmo medo agudo do neurótico de ansiedade comum, que sente que algo indefinível e horrível está prestes a acontecer; mas, no caso do sensitivo reprimido, que não aceita nem interpreta corretamente os seus dons, a sua tensão nasce do medo do que vai acontecer a outra pessoa. O caso ansioso comum, não psíquico, está muitas vezes apenas preocupado com a ameaça à sua própria segurança.

Ao determinar em que medida os factores psíquicos operam nos estados de ansiedade, é absolutamente essencial seguir a regra que deveria aplicar-se a todos os aspetos da psiquiatria: o paciente é de natureza ansiosa? Sobressai claramente como um tipo preocupado? Exceto em certos casos de possessão,

todas as grandes doenças psiquiátricas são acentuações de traços que já existiam na personalidade do indivíduo antes de ele adoecer. A esquizofrenia não ataca toda a gente como uma gripe, mas deriva de uma estrutura esquizoide. Perante crises curtas de ansiedade em pessoas que, por observação de senso comum, não se consideram feitas da matéria-prima dos neuróticos de ansiedade, convém ponderar seriamente a atuação de um factor psíquico.

A inexistência de uma personalidade predisposta à ansiedade deve levar-nos ainda mais a considerar a influência da psique nos casos em que surgem fobias raras e bizarras em sujeitos manifestamente não neuróticos. Ao lidar com fobias e a sua possível origem psíquica, deve estimar-se o que o paciente pode ganhar com a sua fobia. Se um paciente tem pavor de sair sozinho e se a sua fobia é acompanhada pela convicção de que não recebeu afeto e atenção suficientes da esposa ou dos pais, é um pouco supérfluo recorrer ao psíquico para explicar o caso. Isto é particularmente verdade se ele perde a fobia quando a mulher apática é posta na ordem e lhe dá mais atenção. Por outro lado, o indivíduo com ansiedade de origem psíquica não ganha nada com um medo fóbico de trombetas, com pânico ao ver rapazes a atirar pedras, ou com a incapacidade de entrar em casas de campo onde há hastes de veado no átrio, porque outrora ela própria foi presa de cães de caça.

A influência do lugar pode tornar certo o diagnóstico de ansiedade psíquica. Quando uma vítima só tem sintomas em dois lugares — um em Itália e outro em Hampshire — a origem é claramente psíquica. Não serve descrevê-lo como sendo devido à sugestão. Em primeiro lugar, ela não sabia que a influência de qualquer um dos lugares seria nociva até entrar neles. Em segundo lugar, os sintomas desapareceram quando se afastou dos dois locais. Nenhum estado de ansiedade comum, por mais breve que fosse, desapareceria com tamanha rapidez.

Qual é o prognóstico destes casos de ansiedade de origem psíquica, em comparação com as neuroses de ansiedade do quotidiano, que aceitamos como geradas no interior da personalidade? No que respeita a ataques individuais, a resposta é, naturalmente, muito boa. Quando os ataques se devem à memória de encarnações passadas, ou à perceção clarividente ou precognitiva de acontecimentos futuros, não se arrastam como os estados de ansiedade comuns, mas começam e terminam com o início e o fim do conjunto de circunstâncias — passadas ou futuras — a que o sensitivo está a responder.

É certo que se deve considerar o efeito cumulativo, no sensitivo de alto calibre, de repetidos episódios breves de ansiedade promovidos por numerosos episódios de memória longínqua dolorosa ou pela precognição de desastres. É,

em grande medida, uma questão do período dentro do qual o sensitivo desenvolve os seus poderes psíquicos. Os que nascem com estes dons em grande concentração e os exibem de forma constante desde cedo estão sempre em melhor condição do que aqueles em quem toda a gama de capacidades é despertada ou intensificada na meia-idade ou na velhice. Nestas últimas condições, a repetição ao longo de anos de ataques breves de tensão, provocados por causas como as que mencionei, pode ser excessivamente cansativa, e o esgotamento induzido pode deslizar para a depressão.

Por outro lado, a resiliência do sensitivo de alto calibre é muitas vezes extraordinária. Ele consegue livrar-se dos efeitos das suas tensões em questão de horas, ao passo que aqueles em quem os estados de ansiedade surgem dentro da personalidade precisam de períodos muito mais longos para recuperar o equilíbrio. Quanto maior for o alcance dos dons psíquicos, maior a probabilidade de o indivíduo escapar a estados de ansiedade crónica. Em certos aspetos, é protetor para o indivíduo viver mais segundo as exigências da sua psique. Aqueles que têm medo dos seus próprios dons e relutam em espreitar para além das palas da personalidade são, na verdade, mais vulneráveis a estados de ansiedade.

Quanto ao tratamento destes estados de ansiedade induzidos psiquicamente, a maior contribuição que se pode dar é diagnosticar corretamente e ver o paciente como um todo. Isto não é um conselho de derrota, mas um conceito intensamente criativo. Ver, com todo o nosso ser, o paciente tal como ele é no seu ser inteiro é constituir uma fusão de psiques sem a qual a cura é impossível. É seguramente isto que Jung queria dizer quando se referiu ao mistério no coração de toda a cura psiquiátrica. Uma atitude diagnóstica assim evita erros irreparáveis.

Nos casos simples de ansiedade de origem não psíquica, trata-se das circunstâncias precipitantes e predisponentes que se reconhecem, tendo o cuidado de evitar o erro de dar conselhos demasiado categóricos após uma única consulta. Os psiquiatras que, de forma precipitada, aconselham esposas a abandonar os maridos ou filhos a afastarem-se dos pais constituem um perigo para a sociedade. É duvidoso que um médico esteja justificado em dar aconselhamento desta natureza em qualquer circunstância. A função do psiquiatra é colocar o paciente numa condição que lhe permita tomar as suas próprias decisões nas melhores circunstâncias possíveis, isto é, com a tensão reduzida ao mínimo e tendo alcançado o grau de insight que lhe permite ver-se tal como é.

Nos casos breves de ansiedade de origem psíquica, é inútil e perigoso falar de emprego inadequado, dificuldades conjugais, falta de expressão própria e afins, se os sintomas apresentados tiveram origem séculos antes ou são causados pela apreensão precognitiva de desastres futuros. Felizmente, nestes últimos casos, a questão do tratamento raramente se coloca. Em primeiro lugar, a duração dos sintomas é geralmente demasiado breve; em segundo lugar, a vítima reconhece mais cedo ou mais tarde que existem períodos bons e maus pelos quais terá inevitavelmente de passar e que aprende a aceitar; e, em terceiro lugar, os indivíduos em causa não são dependentes de médicos.

Esta última atitude não resulta de qualquer antipatia injustificada. Simplesmente, saber que foi brutalmente interrogado séculos antes e que isso é a causa da sua ansiedade é algo infinitamente mais concreto do que a possibilidade teórica de esta se dever a uma recordação dolorosa e reprimida do caso da tia Matilde com o carteiro. Por fim, o paciente reconhece que, fundamentalmente, a cura é um processo psíquico e não espera tal abordagem por parte do médico contemporâneo.

CAPÍTULO 12

FACTORES PSÍQUICOS NA DEPRESSÃO ADOLESCENTE E PRÉ-NATAL

Um dos problemas psiquiátricos contemporâneos mais prementes é o aumento da incidência da depressão. Tal deve-se a múltiplas causas. Foi particularmente notório que a ansiedade-depressão grave triplicou à medida que se passou dos rigores da guerra e do período sombrio que se lhe seguiu para os perigos mais subtis do Estado-Providência. Tragédias de massa, como a guerra, que envolvem comunidades inteiras, reduzem a incidência da neurose, funcionando como um substituto desta. As situações sociais e familiares, bem como a constituição fisiológica e bioquímica do indivíduo, contribuem todas para a depressão; mas, por detrás das explicações até agora apresentadas para a depressão e outras perturbações psiquiátricas, existe um factor cósmico demasiadas vezes negligenciado. Por exemplo, pode ser que a depressão esteja associada a uma oxigenação inadequada das células cerebrais; mas o que impõe e controla essa inadequação? A resposta de que se trata dos genes é insuficiente. O que determina o padrão dos genes? Todas estas questões devem ser consideradas seriamente, mas neste livro ocupo-me apenas de factores psíquicos ainda não aceites.

A depressão surge muito mais cedo na vida do que antigamente. Há meio século não se ouviam crianças de treze anos dizer que a vida não vale a pena.

Não se pode olhar para a própria infância como uma idade de ouro. Houve períodos de angústia pelos quais se passava como se conseguia, porque não fazia parte do código vigente revelar as próprias dores. Mas só raramente essa angústia estava associada a um desespero total.

Não se pode escapar à conclusão de que a depressão aguda nos jovens está a aumentar. Mais uma vez, há factores sociológicos a considerar. As crianças de hoje sentem-se perdidas porque os padrões da sociedade colapsaram. Por muito que condenemos sistemas éticos rígidos, tal como atualmente se apresentam, a maioria das pessoas não consegue viver sem eles. O facto de este ou aquele tabu sexual ou de outra natureza poder ser ridículo não significa que a sua eliminação não possa ser desastrosa. O declínio da prática religiosa também desempenha um papel. Por muito que se deseje que as pessoas possam dispensar o sectarismo e substituí-lo por uma atitude religiosa perante a vida, o facto é que uma grande proporção é incapaz de o fazer. Para além de todas estas circunstâncias familiares e sociais, não há dúvida de que existem outros factores em ação, que induzem a depressão na adolescência e, particularmente, em raparigas na puberdade.

Um dos acompanhamentos mais interessantes da depressão é aquilo que o paciente descreve como uma sensação de irrealidade. Os objetos à sua volta parecem carecer de vida, e o que é vivo torna-se inanimado. Este sintoma pode acompanhar a depressão em todas as idades, mas é especialmente notório na puberdade e manifesta-se sobretudo nas raparigas. As pessoas afetadas são de tipo hiperc consciencioso, levam a vida a sério e ficam desnorteadas perante o desmoronar dos padrões morais e éticos que as rodeiam.

Mais importante ainda é a agonia que sofrem por não conseguirem romper a sensação de irrealidade em direção a uma realidade maior. Esta forma de depressão tem origens psíquicas e místicas. Na puberdade, a personalidade, reforçada pelo instinto sexual, afirma-se como nunca antes. O sexo atua, no homem, como um reforço das suas tendências agressivas naturais. A rapariga apercebe-se de que é agora capaz de reproduzir a vida. Em suma, na puberdade ambos os sexos estão mais profundamente enraizados na sua personalidade do que nunca. À medida que a personalidade aceita cada vez mais, ao nível consciente, aquilo que lhe é exigido pelo costume e pelo grupo, a psique faz o seu último gesto em direção à liberdade. Afasta-se do mundo transitório de ilusão que a rodeia.

A rapariga deprimida, com sentimentos de irrealidade, vê o mundo como irreal porque ele o é. A riqueza, o prestígio e a ambição não proporcionam sustento duradouro. Esta flor estará morta amanhã. Daqui a dez anos, aquele

rosto bonito será uma massa de rugas. A psique procura, para além da irrealidade efémera do meio envolvente, algo mais duradouro que ela própria pode realizar. No seu movimento em direção a uma realidade indefinível em termos deste mundo, a psique atravessa inevitavelmente uma zona de consciência em que tudo à sua volta parece não apenas desvalorizado, mas sem vida. Infelizmente, muitos nunca ultrapassam essa zona inibitória. Ficam presos nela e deprimidos pela sua irrealidade sem cor. Confundem aquilo que é um passo promissor na escada da evolução com uma nova descida para a depressão. Não conseguem compreender que os objetos que veem à sua volta são, em termos de realidade última, relativamente sem vida porque se expressam na matéria. Não conseguem confiar na verdade intuitiva indissociavelmente entrelaçada nas suas psíquicas.

Na realidade, a depressão de que estes jovens sofrem é criativa. A psique é forte neles e, se apenas lhe permitissem abrir as asas, evoluiriam para além do normal. A sua depressão na puberdade é essencialmente uma experiência religiosa, cuja interpretação exige extremo cuidado. É fácil cair na armadilha de acreditar que, porque na puberdade tanto o rapaz como a rapariga se tornam mais conscientes da carne e se tornam capazes da sua perpetuação, a luta essencial é entre a carne e o espírito. Esta é uma conceção extremamente grosseira. A carne e o espírito, embora em pólos opostos, podem reforçar-se mutuamente. O conflito que opera nestes jovens depressivos é entre a psique e a personalidade, e não entre o corpo e o espírito. A psique não se opõe à carne, pois tem necessariamente de reencarnar nela para o seu desenvolvimento. Muitos jovens depressivos não estão apenas confusos e perdidos pela dissolução dos sistemas religiosos e éticos, mas também revoltados com a sexualidade quase mecanizada que ocorre à sua volta. Esta é apresentada como um sedativo para o colapso das consolações religiosas acessíveis, se não aos seus pais, pelo menos aos seus avós.

A situação é ainda complicada pelo facto de, no inconsciente coletivos, existir uma revolta contra o materialismo da época. Esta caracteriza-se por um aumento do estado de consciência psíquica numa minoria em rápido crescimento. Entre essas pessoas existe não apenas interesse pelas manifestações psíquicas, mas também evidência positiva de que dons como a telepatia e a clarividência estão a aumentar de forma constante. Uma boa parte do interesse atual pelo psíquico é mórbida, tal como ocorre regularmente em períodos de decadência no final das civilizações. Pode-se, no entanto, distinguir entre, por um lado, a exploração comercial do psíquico e, por outro, os pacientes que encontrei com frequência crescente nos meus últimos anos de

prática, que aceitavam a realidade da comunicação entre psique e psique e também que atmosferas malignas podem induzir doença.

Que tal minoria exista e esteja a crescer deverá, em última análise, ajudar o tipo de depressivo adolescente incipiente de que estou a falar. Contudo, todas as fases do desenvolvimento psíquico e espiritual são acompanhadas de dores de crescimento. Esta é uma lei da natureza pouco aceite. Se os pacientes compreendessem que os passos que damos para cima, no decurso da nossa evolução criativa, são tão dolorosos como os dados para baixo por aqueles que desistiram da luta, muito desespero e confusão seriam evitados. Também não faz parte da natureza das coisas que uma convulsão cósmica possa ocorrer sem vítimas. A rejeição subterrânea e manifesta do materialismo é certamente, quando tem verdadeiro valor, parte de um padrão cósmico. As alterações neste último resultam sempre em mudanças no espectro das doenças. Nos últimos anos temos visto exemplos claros e evidentes desta verdade. Uma dessas mudanças é o aumento da incidência de depressão profunda entre os jovens.

O jovem paciente depressivo, com sentimentos de irrealidade, sabe que a realidade existe, mas não sabe onde encontrá-la. Está limitado por ter sido doutrinado em todo o tipo de manifestações psicológicas, sociológicas e políticas do materialismo. Uma proporção considerável destes jovens depressivos possui uma capacidade psíquica acima da média. Tendem mais a ser guiados pela psique do que pela personalidade. Percebem que a libertação reside numa expressão clara da luta entre ambas.

Existe uma técnica especialmente perigosa, adotada quase exclusivamente por raparigas, para facilitar o crescimento da psique à custa da personalidade e, em última análise, alcançar a libertação desta. Estas raparigas procuram transcender as limitações da matéria praticando ascetismos antinaturais, vivendo com uma ingestão mínima de alimentos e vestindo quase nada em condições de frio intenso. Muitas não fazem qualquer esforço para se tornarem atraentes e, na verdade, procuram parecer o contrário. Tais atitudes não estão de acordo com o dualismo saudável que vê a psique como libertadora e a personalidade como instrumento, mas também como obstáculo.

Estas raparigas praticam, de forma mórbida, a dualidade obsessiva que resulta daquela má tradução do Cristianismo que leva o indivíduo a enveredar pela escolha impossível entre zero por cento de carne e cem por cento de psique e espírito. Demasiadas adolescentes deprimidas esforçam-se, nas suas atitudes ascéticas e autopunitivas, por viver, no século XX, a vida dos padres do deserto. A sua autoacusação e a sua depressão agravam-se à medida que se torturam com interpretações cada vez mais erróneas daquilo que entendem como

doutrina religiosa ortodoxa. São dilaceradas pela incapacidade de abraçar plenamente uma atitude religiosa autêntica que lhes permitiria reconhecer que a irrealidade que acompanha a sua depressão é um sinal de crescimento espiritual.

Os piores excessos deste ascetismo mórbido que acompanha a depressão observam-se nas raparigas. Quando se intensifica, apresenta-se como uma das doenças modernas mais ameaçadoras: a anorexia nervosa, quase sempre uma patologia feminina, mas que, de forma significativa, começa também a surgir em rapazes. Não é suficientemente reconhecido que esta condição é precedida pela depressão e que este sintoma está tão relacionado com a ingestão reduzida de alimentos como o estava na melancolia clássica do adulto envelhecido.

A anorexia nervosa surge frequentemente a meio da adolescência, mas pode começar na puberdade. Os primeiros sinais são muitas vezes uma sensibilidade excecional e irracional em relação à figura corporal. As raparigas afetadas por anorexia nervosa não começam necessariamente por ser corpulentas. A sensibilidade em relação ao desenvolvimento dos seios é frequentemente uma característica marcante. Este aspeto é enganador, pois sobrevaloriza o factor sexual nesta condição. Atualmente, é muitas vezes difícil detetar os primórdios da anorexia nervosa devido à obsessão global contemporânea com as dietas. Muitos casos parecem inicialmente apenas mais exemplos de uma moda atual. Contudo, o que aparenta ser uma irritante dependência da moda degenera numa condição em que a ingestão alimentar fica abaixo do limiar da fome e, por vezes, torna-se literalmente insuficiente para sustentar a vida. A perda de apetite é absoluta. A paciente come apenas o que considera necessário para se manter viva e, por vezes, nem sequer cumpre esse modesto requisito.

A emaciação é extrema. Os braços e as pernas adquirem um aspeto semelhante a palitos. A rapariga acaba por se transformar numa figura semelhante às de Belsen. É notável que algumas continuem capazes de arrastar-se para cumprir as suas tarefas diárias. As menstruações cessam. Em alguns casos, a amenorreia pode durar anos. Este último é um sintoma particularmente infeliz, pois desvia novamente — e de forma errada — a atenção do terapeuta para a sexualidade.

Quando se oferece psicoterapia para esta condição, esta baseia-se em dois princípios principais: primeiro, que os sinais e sintomas são uma expressão da reação da rapariga aos pais, quase sempre ao pai; e, segundo, que são uma expressão de uma sexualidade frustrada devido a uma repulsa natural em relação a ela. Os resultados da psicoterapia baseada nestes princípios são negligenciáveis. Quanto à reação aos pais, a doença espalhou-se em muitos

países como uma epidemia. Porque razão haveria a reação de uma rapariga ao pai de começar subitamente a manifestar-se, em todo o mundo, através dos sintomas de uma condição que — há quarenta anos — era extremamente rara? Porque razão, também, deveria esta condição mortal ser atribuída à repressão parental numa época em que os pais abdicaram da responsabilidade pelos filhos como nunca antes?

Quanto à amenorreia, não se trata simplesmente de uma expressão somática de um conflito sexual, mas de um sintoma direto da fome. As mulheres gravemente subnutridas são notoriamente propensas à cessação da menstruação. A amenorreia não é uma reação repressiva a impulsos que a rapariga considera ilícitos, mas uma negação de si própria enquanto personalidade. Que negação mais dramática da personalidade pode existir do que a repressão das suas potencialidades reprodutivas? O facto de a anorexia continuar quase confinada às raparigas deve-se, em parte, a que o desenvolvimento dos seios na puberdade é um sinal mais evidente e visível — do que qualquer outro que o homem possa produzir — da capacidade de procriar. A rapariga com esta condição não está a rejeitar o sexo, mas a vida. Qualquer sensibilidade que sinta em relação aos seios, por mais importante que pareça na sua consciência, é um aspeto secundário da doença. Os seios significam a amamentação das crianças, o que faz parte da sua negação total da matéria e da sua continuidade no processo da reprodução.

Os resultados da psicoterapia baseada em linhas freudianas são insignificantes e, por vezes, piores do que inúteis. Pode parecer blasfemo dizê-lo, mas, na minha experiência, o tratamento grosseiramente físico da terapêutica electroconvulsiva é mais eficaz do que qualquer outro, porque pelo menos elimina uma depressão de longa duração, demasiadas vezes negligenciada devido a sintomas mais dramáticos.

A anorexia nervosa é a negação da personalidade a um grau que equivale a um desejo de morte não reconhecido. A paciente não consegue sustentar a sensação de irrealidade que a teria conduzido à realidade se tivesse conseguido ver ou sentir o seu caminho através dela. O diagnóstico e o tratamento desta condição são dificultados pela atual obsessão mundial com as dietas. Embora esta última receba a aprovação da maioria dos médicos, não se pode deixar de comentar as suas absurdidades. Se uma expressão como «barriga da meia-idade» se tornou coloquial, é porque o ser humano reconhece que uma certa corpulência abdominal acompanha frequentemente a meia-idade. Submeter um homem ou uma mulher à fome para os moldar numa forma para a qual a natureza não os destinou é insensato e perigoso.

Reconhecemos que a nossa personalidade, incluindo a estrutura corporal, é determinada pelas glândulas. Se estas funcionam de modo a tornar-nos obesos, podemos corrigir essa tendência inata através da dieta? A resposta é que podemos, pois é bem conhecido que as pessoas perdem peso antes de morrer de fome. A questão é saber se fazemos algum bem com procedimentos tão irracionais. Continuo a ficar chocado com os conselhos dados por médicos relativamente à ingestão alimentar de pacientes cujos irmãos e pais são todos corpulentos. Muitos destes indivíduos comem pouco.

Presume-se, frequentemente sem qualquer fundamento e para grande irritação de pacientes inteligentes, que ganham peso por petiscarem entre as refeições. Conheci pacientes, particularmente mulheres, em quem ataques agudos de depressão foram desencadeados por conselhos imprudentes sobre a dieta. Por vezes, mas nem sempre, esse foi o golpe final que fez transbordar o copo. Em demasiados casos, a exigência médica de perder demasiado peso em demasiado pouco tempo é a causa dominante.

A obsessão mundial com as dietas é, em si mesma, um desejo de morte não reconhecido. Os casos de anorexia nervosa são erupções locais e intensificadas de uma perturbação vulcânica generalizada. A obsessão global é uma rejeição grosseira, a um nível superficial de consciência, do impedimento da matéria. Num mundo em desintegração, num universo que parece frio e indiferente, salvemo-nos perdendo peso. Quando uma pessoa excessivamente dedicada aos prazeres da mesa perde cerca de seis quilos, isso é motivo de congratulação e uma simples exigência de boa disciplina.

As pessoas que perdem doze ou dezoito quilos, que assumem proporções esqueléticas e se assemelham a versões sinistras de espantalhos, continuam muitas vezes a afirmar que se sentem muito melhor. Isto assemelha-se ao prazer da autoflagelação. Tendo punido o corpo pela dissolução de parte da sua matéria, é inevitável sentirmo-nos melhor do ponto de vista psicológico. Isto é, por vezes, verdade. O estado de espírito elevado do indivíduo em dieta é tão anormal como a antiga *spes phthisica*, o otimismo febril do doente tuberculoso em fase terminal. Na sua própria forma de pensar, é puro azar quando adoecem de alguma doença intercorrente.

Este desejo de morte à escala mundial, esta ladainha coletiva baseada em «Parem o mundo que eu quero sair», cria um clima psicológico favorável ao aumento da incidência da anorexia nervosa. O sentimento de culpa e a depressão associada, induzidos pelo impacto do mal e que resultam na restrição e rejeição final das necessidades, têm efeitos ainda mais graves. O que começa como uma aparente obsessão com a comida pode terminar em possessão. Este

último fenómeno atinge especialmente aqueles que se encontram gravemente debilitados por uma sucessão de doenças graves, por estados tóxicos prolongados, pela fome e por um esgotamento profundo.

Há poucas condições em que a vítima esteja mais aberta à possessão do que a da paciente que sofre de anorexia nervosa grave e que continua, ainda assim, a arrastar-se para o trabalho. A possessão é por vezes precedida pela atividade de transmissores humanos do mal. Isto aplica-se sobretudo às raparigas. A paciente é sujeita a um processo de amolecimento psicológico que pode ser perigoso se estiver deprimida e instável, porque ainda não está espiritualmente estabilizada. Muitas vítimas emanam bondade de tal forma que se tornam alvo do mal.

Muitas dessas raparigas estão rodeadas por pessoas cujo prazer é fazer propaganda de um modo de vida diferente, mais libertário e mais sexual. Isto cria um problema adicional para aquelas que já estão a reagir contra a carne. Existem também transmissores mais definidos do mal, cujo efeito é induzir aquele sentimento de culpa e aquele impulso para a autopunição que constituem a resposta obsessiva comum ao impacto do mal. Isto ajuda a que a anorexia nervosa se instale e se intensifique. É quando o processo está bem avançado que a possessão pode assumir o controlo. O processo de possessão acentua a perda de peso e a debilidade física.

A terrível emaciação que se observa na anorexia nervosa é análoga àquilo que, há algumas décadas, era uma visão comum nos hospitais psiquiátricos. Nesses tempos encontravam-se casos do que chamávamos «melancolia agitada», em que pacientes de meia-idade e idosos se tornavam literalmente pele e osso, com a primeira esticada sobre os segundos como pergaminho castanho-acinzentado. Uma mulher com cerca de um metro e sessenta e oito podia descer a pesos incríveis, por exemplo, pouco mais de vinte e cinco quilos. Muitas destas pacientes tinham anteriormente recorrido à automutilação, batendo com a cabeça no chão e ferindo a pele até ficar coberta de feridas. Eram incitadas a fazê-lo por vozes alucinatórias que lhes diziam para se magoarem e, em alguns casos, para se destruírem. Essas vozes alucinatórias pertenciam a entidades possessoras. Muitas vezes, as vozes ordenavam às pacientes que se abstivessem de comer.

As pacientes tornavam-se frequentemente mais calmas e menos agitadas quando atingiam o estádio de emaciação profunda. O processo autodestrutivo estava a ser levado a cabo, mas com acompanhamentos menos dramáticos. Uma possessão de natureza semelhante ocorre na anorexia nervosa grave, em que a paciente é igualmente encorajada a abster-se de alimentos. É por isso que

o tratamento elétrico é útil em alguns casos. Atua expulsando a entidade. Não se pode dizer exatamente por que razão isto acontece, mas é certo que os resultados obtidos com o uso da terapêutica electroconvulsiva estão muito à frente do efeito nulo da psicoterapia tal como é habitualmente aplicada nesta doença.

A depressão grave na adolescência — com sensação de irrealidade e anorexia nervosa — constitui um exemplo claro de doença psiquiátrica gerada pelo conflito entre a psique e a personalidade. Esta última, devido à estrutura subjacente, excessivamente conscienciosa e obsessiva do paciente, exige de si própria o impossível, nas suas tentativas de libertar a psique, demasiado e demasiado depressa, do impedimento da matéria. É da natureza das coisas que a personalidade humana resista à sua própria dissolução. É a arma com que enfrentamos os aspetos competitivos da selva da existência e não podemos exigir-lhe demasiado. Faz parte da nossa evolução que a psique, lenta e progressivamente, ao longo de muitas vidas, se emancipe da tirania da personalidade. É uma atitude grosseira, mórbida e induzida pela doença tentar mutilar a personalidade para facilitar as necessidades da psique.

Tais tentativas não são induzidas pela psique. São as aflições de indivíduos de vontade forte, alimentados por metafísicas confusas, nos quais o ego humano tenta assumir as funções da psique. Nesta vida, temos de esperar que a psique escolha revelar-se. Se tentarmos facilitar em demasia as suas atividades, acabamos por a ver apenas nos seus aspetos mais sombrios.

Existe uma outra forma de depressão em que os factores psíquicos desempenham um papel importante. Esta ocorre apenas quando a paciente está grávida. Há um conjunto bem reconhecido de casos em que a paciente tem um historial psiquiátrico limpo, exceto pela depressão associada à gravidez. Importa compreender que me refiro a depressões graves e agitadas, com risco de suicídio. A minha evidência deriva sobretudo da época em que eram exigidos dois atestados médicos antes de o obstetra realizar um aborto e em que nada menos do que a possibilidade de suicídio levava o psiquiatra a passar um atestado. Não me ocupo aqui da atual doença sociológica do aborto concebido para tornar a vida mais fácil para aqueles para quem poderia muito bem ser mais difícil. Excluo também, em grande medida, os casos em que existiam razões sociais para a agitação, como na gravidez de uma rapariga solteira, numa época em que o mundo em que vivíamos condenava ferozmente a mãe não casada.

Resta um tipo clássico de caso em que a mulher casada, aberta e sem complicações, sem história pessoal ou familiar e sem qualquer problema social, se torna catastroficamente deprimida e suicida quando engravida. Os meses

perigosos são o segundo e o terceiro e, se a gravidez não for interrompida nessa fase, o risco de suicídio torna-se mais acentuado, tal como acontece também por volta do sexto mês. É característico destes casos que aqueles em que se procede à interrupção apresentam uma melhoria notável e rápida após o aborto terapêutico. Isto pode levar os cínicos a inferir que a depressão não é assim tão profunda e que a mulher simplesmente recua perante a ideia de ter mais um bebé. Isso é um disparate. Se um psiquiatra experiente não consegue reconhecer uma depressão profunda e ter em conta a acentuação pessoal dos sintomas, dificilmente estará apto para exercer.

Muitas destas mães são médiuns, sendo os dons mais comuns a precognição e a telepatia. Aqui, mais uma vez, deparamos com a relutância da mãe — apesar da sua conscienciosidade — em expor outra psique aos perigos desta vida. Ela tem instintos maternos fortes e a sua resistência ao parto situa-se ao nível psíquico. Quantas vezes o marido, ou a própria paciente, afirma o quanto ela deseja um bebé. Estas mães simplesmente engravidam e ficam deprimidas. Por vezes, a depressão não é tão aguda na primeira gravidez e torna-se catastrófica na segunda. Quando surge uma depressão de grande intensidade, o único conselho sensato é advertir a paciente para não voltar a engravidar. As que seguem este conselho escapam a novos episódios de depressão. Esta está associada à gravidez e a mais nada.

Há alguns anos foi publicado um artigo que procurava provar que as mulheres com as depressões puerperais características que descrevi são, no fundo, propostas psiquiátricas vulneráveis e que a gravidez é um pretexto circunstancial onde penduram os sintomas. Não existe um único fragmento de evidência que sustente tal afirmação. O facto de a mulher ter outros problemas antes da gravidez, que possam ter contribuído para a sua depressão, não explica a associação férrea entre gravidez e depressão nem a não recorrência desta quando ela se abstém de voltar a engravidar. Temo que as opiniões expressas nesse artigo tenham sido influenciadas pelas convicções antifeministas do autor.

O termo «depressão puerperal» é usado de forma vaga para indicar depressões que ocorrem durante — e pouco depois de — uma gravidez. Idealmente, «depressão puerperal» deveria ser usado apenas para indicar os casos que ocorrem após o parto. Nesta eventualidade, a relutância em impor a outra psique o fardo da matéria pode ser ainda mais forte do que a depressão induzida pela gravidez, porque o factor de culpa é reforçado pela presença tangível da criança neste mundo.

A associação entre factores psíquicos e gravidez está bem estabelecida. Muitas mulheres tornam-se altamente percetivas e intuitivas apenas durante a

gravidez. A precognição e a telepatia podem desenvolver-se durante os meses em que trazem os filhos no ventre. Após o nascimento, estas aquisições desaparecem frequentemente ou recuam para segundo plano.

A primeira experiência de memória longínqua de muitas mulheres ocorre quando estão grávidas. Recordo-me de duas que reviveram a sua encarnação do século XIII enquanto carregavam os seus únicos filhos. Uma recordou a sua identidade medieval, o nome e a profissão do marido, um sargento de armas, pormenores de um grande cerco em que combateu ao lado dos sitiados, os padres e sacerdotisas heréticos que assistiam feridos e moribundos, e a forma como ela e o marido morreram como hereges. O único filho que depois teve fora-lhe bem conhecido na sua encarnação medieval. Outra mulher, que também deu à luz um único filho, recordou, durante a gravidez, detalhes de uma vida sete séculos antes, em que estivera em grande medida ocupada como curandeira.

Esta associação da gravidez com a memória longínqua conduz a outro ponto de grande significado. Quando a memória longínqua detalhada e plenamente consciente é estimulada pela gravidez — como acontece numa proporção significativa de pessoas com dons psíquicos — poucas mulheres voltam a engravidar. Conheço poucas mães fortemente psíquicas com famílias mesmo de dimensão moderada. A maioria fica satisfeita com um único filho. Isto não parece resultar de planeamento familiar. Parece que a capacidade de memória longínqua favorece a infertilidade. As cinco mulheres casadas mais psíquicas que conheci tiveram, entre elas, três filhos.

As mulheres em quem a memória longínqua começa ou se intensifica muito durante a gravidez passam pela experiência sem depressão, mas não a repetem. Parece que a memória longínqua na gravidez atua como um antídoto para a depressão. Depois existe a categoria que inclui a mulher psíquica que sofre de perigos físicos, como a toxemia da gravidez. Este grupo, em que o protesto psíquico contra a gravidez se exprime através da doença física, constitui uma fase de transição entre aquelas que têm apenas um filho, com estimulação da memória longínqua mas sem sintomas patológicos, e aquelas cuja relutância em expor outro eu aos males da vida se exprime na depressão.

As reações psiquiátricas à gravidez em pacientes psíquicas não são necessariamente apenas depressivas. Recordo-me de uma mulher interessante em quem a gravidez despertou dons telepáticos marcados. Estes, embora bem fundamentados no conjunto, eram por vezes um pouco fora do tom, pelo que foi considerada delirante. Foi um diagnóstico que não compreendeu que ela estava a desenvolver dons psíquicos, os quais se mantiveram e intensificaram

progressivamente após o parto. O bebé foi prematuro e nasceu apenas após uma cesariana. A vida esteve em perigo durante meia hora. Houve um grande atraso e dificuldade no início da respiração. A paciente concluiu, a partir disto, que o seu próprio médico, com quem afirmava estar em comunicação telepática, tinha devolvido a vida ao seu bebé. Isto era apenas muito ligeiramente delirante, dado que o obstetra trabalhou na criança durante meia hora após o nascimento e que o seu próprio médico esteve presente durante o processo. Um ano depois, contou-me que, nessa altura, não conseguia tirar a ideia da reencarnação da cabeça. Não era um assunto que tivesse discutido antes com um único ser humano.

Até aqui discutimos apenas a depressão comunicada à grávida pela relutância da sua própria psique em dar à luz. Pode ocorrer um processo alternativo. O próprio feto pode ser, pela sua relutância em nascer, o principal instigador da depressão da mãe. O feto, com a sua personalidade ainda não desenvolvida, está dotado de uma consciência puramente psíquica. Esta pode ter um efeito profundo na mãe — ela própria inevitavelmente, em alguma medida, psíquica, como as mães da maioria das crianças psíquicas. Vimos como a relutância materna, ao nível psíquico, em dar à luz pode influenciar tanto o feto que este adota, no interior do útero, uma posição que dificulta a sua entrada no mundo. Essa relutância deriva muitas vezes de vibrações iniciadas pela psique da mãe e percebidas pela do feto.

Pode ocorrer o processo inverso: o feto pode ser o principal instigador da oposição ao nascimento. Muitos bebés morrem pouco depois de nascer, por convulsões infantis e pela síndrome do «bebé azul», devido à sua relutância em nascer e sustentar este mundo. Isto não significa que as explicações patológicas aceites para estas condições sejam inválidas. Estas constituem os meios através dos quais essa relutância cósmica se exprime. Outras crianças, poucas semanas após o nascimento, desenvolvem estenose pilórica ou doença de Hirschsprung e, ao fazê-lo, exibem o mesmo desejo de morte através da recusa em ingerir alimento que, entre adolescentes e adultos, se manifesta na anorexia nervosa.

CAPÍTULO 13

DEPRESSÃO DEVIDA A VIDAS PASSADAS, FACTORES SAZONAIS E AO LUGAR

Na psiquiatria contemporânea, a depressão é dividida em dois grandes grupos: reativa e endógena. A primeira inclui os casos em que os sintomas se devem à pressão das circunstâncias; a segunda, aqueles em que o factor principal é constitucional. Trata-se de uma classificação extremamente grosseira. Os casos de depressão reativa e endógena sobrepõem-se necessariamente. É também perfeitamente óbvio que uma tendência constitucional para a depressão incorpora igualmente uma vulnerabilidade inata, que se soma à causada pela pressão das circunstâncias. O número de casos de depressão puramente reativa é provavelmente pequeno. Qualquer pessoa pode ser quebrada por uma pressão extrema e prolongada das circunstâncias, mas o número de casos de depressão atribuíveis exclusivamente a essa causa é modesto. Tensão e exaustão tão extremas como as que se encontram na guerra produzem antes desorientação no tempo e no espaço do que depressão.

Desempenham os factores psíquicos um papel nestes dois tipos principais de depressão? Comecemos pela variedade reativa. Os factores psíquicos são difíceis de avaliar porque, quando as circunstâncias do paciente são gravemente adversas, o médico está justificado em atribuir-lhes os sintomas. Não tem como saber que aquilo que razoavelmente considera uma reação às circunstâncias presentes se deve ao facto de o paciente estar a recordar que foi caçado como malfeitor ou herege numa encarnação passada. Claro que, se o paciente tem memória longínqua, a situação é diferente.

Chegará o tempo em que ele sabe que, por mais que sofra com preocupações familiares ou profissionais, pode sempre esperar ficar deprimido em certas épocas do ano, coincidindo com períodos de sofrimento em vidas passadas. Nesses casos, as circunstâncias atuais, bem como as vidas passadas, podem, teoricamente, contribuir para a depressão, ao ponto de esta poder ser chamada reativa; mas, na realidade, a memória longínqua funciona como uma espécie de antídoto para a depressão reativa, e aqueles que possuem este dom e a quem os médicos atribuem o diagnóstico de depressão reativa estão a ser julgados de forma errada.

De muitos pontos de vista, poder-se-ia esperar que os factores psíquicos fossem ainda menos comuns na depressão endógena, porque esta implica a herança de uma tendência para esse sintoma. Existem factores bioquímicos, metabólicos e endócrinos imutáveis que garantem que, aconteça o que acontecer, o paciente terá crises de depressão e que é inútil procurar factores

psíquicos nesses casos? Mas conheci famílias cujos históricos estavam tão carregados de depressão psicótica que nenhum diagnóstico, para além do de depressão constitucional, parecia possível, e nas quais o factor psíquico era, ainda assim, tão importante quanto inesperado.

Recordo-me de uma mulher que eu tinha dado como uma depressiva constitucional sem esperança. Tinha dois irmãos completamente psicóticos e um progenitor e uma tia terminaram os seus dias em instituições psiquiátricas. Descobri que ela era intensamente telepática e clarividente e possuía o agudo sentido das atmosferas que caracteriza a pessoa com dons psíquicos. Respondeu extremamente bem ao tratamento. Penso que os seus irmãos e as vítimas da geração dos pais poderiam muito bem ter respondido de forma igualmente favorável se tivessem sido abordados do mesmo modo.

Temos de lembrar que os dons psíquicos são tão certamente herdados quanto a tendência para a depressão. Em muitos casos, a herança psíquica é primária e a depressão secundária. A primeira garante a eclosão da segunda. Uma constituição psíquica e a propensão para a depressão caminham lado a lado. Isto sucede quando a depressão dita endógena ou constitucional ocorre como resultado da batalha constante entre a psique ativa e a personalidade resistente.

A questão da presença de factores psíquicos na depressão endógena ou constitucional esclarece-se com o estudo das depressões sazonais. A existência destas é reconhecida por qualquer psiquiatra experiente. É bem sabido que a Primavera, com Abril e Maio como períodos de pico, é, na Grã-Bretanha, a época mais comum para depressões agudas, ficando o Outono em segundo lugar, a grande distância. Muitos observadores partem do pressuposto — suficientemente razoável — de que as depressões sazonais são essencialmente constitucionais. Se alguém fica regularmente deprimido em Março ou Maio, pareceria, à primeira vista, que tem pelo menos uma predisposição inata para a depressão, mesmo que não expliquemos por que razão ela ocorre nessa época específica. Mas inata em que sentido? Será característico da química do sangue, do metabolismo ou do sistema endócrino do indivíduo «gaguejar» de forma ominosa em qualquer destes meses ou, já agora, em qualquer altura do ano? Não temos evidência de tal traição fisiológica.

Que dizer da mulher que, durante toda a vida, esteve deprimida todos os anos na primeira quinzena de Março? Isto poderia, com razoabilidade, ser inferido como depressão constitucional no grau máximo. Na realidade, era atribuível às suas memórias do cerco de Montségur, bastião do catarismo, no século XIV. Quantas depressões se explicam deste modo? Um grupo de dualistas

reencarnados, que me é bem conhecido, sofre, em diferentes alturas do ano, de depressão devido à recordação de vidas passadas. Esta questão da origem das doenças psiquiátricas em encarnações anteriores é de enorme importância. Citarei apenas o resumo de um número mínimo de casos, porque já tratei, noutros livros, de forma narrativa, a ligação entre tragédias em vidas passadas e a depressão nesta vida. Os dados que obtive sobre este assunto derivam de vários dualistas, alguns dos quais recordavam várias encarnações.

A mulher na casa dos quarenta anos que referi, e que estivera deprimida na primeira metade de Março desde que se lembrava, teve, a partir dos cinco anos — quando recuperava de um ataque grave de difteria — sonhos recorrentes que apontavam para uma vida passada. Esta inauguração da memória longínqua por uma doença grave é um fenómeno comum. A doença afrouxa o domínio da personalidade sobre a psique, sobretudo nas crianças. Num dos sonhos desta mulher, ela era arrastada para a fogueira por homens em armadura medieval, e era atingida, no caminho, por um monge que empunhava uma tocha em chamas. Vi nas suas costas os sinais conglutinados e solidificados da queimadura no ponto de impacto da tocha.

No último dia de Fevereiro de 1971, ela telefonou a dizer, a propósito da depressão, que os dias 2, 14 e 16 de Março seriam os piores.

Nunca antes tinha encontrado um caso de depressão em que o paciente fosse capaz de antecipar os dias em que os sintomas estariam no máximo. Qualquer neurótico pode dizer que estará pior numa determinada altura se tiver uma obrigação particularmente penosa nesse dia. Mas tal reação não é neurótica. A tensão devida a circunstâncias externas, seja um luto seja uma entrevista com as autoridades fiscais, faz parte do destino humano e, por isso, não é patológica. Mais importante ainda: a mulher em questão não tinha uma constituição neurótica e era a última pessoa no mundo a exagerar os seus sintomas.

Na Primavera de 1971 eu já sabia que a sua depressão se devia a ter sido uma das sitiadas durante o cerco de Montségur. Considerava-me melhor informado do que a média sobre este assunto, mas julguei necessário estudar o cerco com ainda maior detalhe. Descobri que o dia 2 de Março foi o dia em que foi acordada uma trégua entre as tropas languedocianas encerradas no castelo com os cátaros e os sitiantes realistas franceses. Segundo os termos da trégua, à guarnição seria permitido abandonar o castelo, conservando as armas, desde que os hereges que não abjurassem fossem entregues aos sitiantes em 14 de Março. Como a mulher em causa, uma sacerdotisa cátara, não tinha qualquer intenção de abjurar a sua fé, a trégua equivalia a uma sentença de morte; daí a

sua agitação acrescida em 2 de Março e a sua sensação ainda maior de desolação no dia 14, quando os defensores abandonaram o castelo. O terceiro dia negro, o dia 16, foi aquele em que ela foi queimada.

Havia vários outros cátaros reencarnados que estiveram em Montségur durante o cerco e que, nesta vida, desenvolveram o nefasto hábito de ficar deprimidos na primeira quinzena de Março. Não se pode atribuir isto à telepatia, ou ao captar direto da depressão, como se apanha uma gripe, proveniente de outras pessoas — uma realidade inegável de que trataremos mais adiante. Esta depressão comum não se devia simplesmente à telepatia, porque era acompanhada, em todos os que dela sofriam, por memórias detalhadas e verificáveis da sua vida enquanto cátaros. Recordavam com particular clareza os pormenores do cerco, bem como os seus próprios nomes e destinos individuais, tudo verificável em diferentes tipos de registos aos quais não poderiam, de modo algum, ter tido acesso.

Além disso, uma paciente, no início do dia 16 de Março de 1972, desenvolveu uma dor agonizante em ambos os pés, que se estendeu acima dos joelhos. Ambas as pernas estavam de um vermelho vivo e a superfície da pele encontrava-se rompida por grandes bolhas cheias de um líquido exatamente como as produzidas por uma queimadura grave. Esta foi certamente a leitura do médico que a visitou mais tarde e que disse, quando a paciente insistiu que não tinha sido queimada, que, se aquilo que via não era uma queimadura, nunca tinha visto nada semelhante na vida e certamente nunca voltaria a ver. Esta mulher recordava o seu nome do século XIII, que é encontrável nas deposições em latim da Inquisição e que corresponde ao de uma mulher queimada como herege em 16 de Março de 1244.

Outro membro deste grupo apresentou agitação intensa, nesta vida, durante vários dias que antecederam e incluíram a data em que, numa encarnação anterior, participara no massacre de dois inquisidores em Avignonet, em Maio de 1242. Recordava o seu nome do século XIII, o de um obscuro sargento de armas, que também se encontra em deposições prestadas à Inquisição. Deve entender-se que muitas destas deposições nunca foram publicadas. Um erudito francês, Jean Duvervoy, traduziu-as para mim do latim para francês, que eu tive de traduzir para inglês para descobrir a informação de que necessitava.

No aniversário desse episódio sangrento, na vida contemporânea, a mulher desenvolveu uma depressão agitada que causou profunda preocupação à sua mãe, que nunca tinha visto a sua filha — uma médica autónoma e autoconfiante — naquele estado. A sua agitação diminuiu bastante quando lhe foi dito que

estava a sentir culpa pela sua participação no caso de Avignonet, sete séculos antes. Desapareceu por completo quando o período do aniversário terminou. Mais tarde, nesta vida, a mesma mulher sofreu uma depressão agitada semelhante ao recordar, de uma encarnação napoleónica, a sua incapacidade de fazer algo para aliviar a sorte de um companheiro marinheiro francês prisioneiro, em confinamento solitário no Castelo de Portchester, e sujeito a maus-tratos físicos brutais por parte dos seus captores, que pretendiam extrair dele pormenores de uma organização de fuga ativa entre os prisioneiros.

Ao induzirem depressões nas vidas presentes, algumas encarnações passadas têm reverberações mais fortes do que outras. Para cada indivíduo existe uma encarnação dominante, aquela que exerce a maior influência na moldagem do seu carácter. Para vários membros do grupo de dualistas reencarnados que me são conhecidos, a encarnação cátara foi a influência mais formativa. Por essa razão, o período que começa em 20 de Dezembro inaugura, para vários membros deste grupo, um surto de depressão, pois foi nessa época, no século XIII, que estavam intensamente preocupados com o destino de manuscritos valiosos, contrabandeados para fora do bastião sitiado de Montségur, e a quem foi recusado um esconderijo no primeiro porto de escala. Este período coincide também com a minha depressão natalícia habitual. Na minha encarnação cátara morri no dia de Natal de 1243, o que, ao que parece, entristeceu os meus amigos.

No final de 1243 era também, de forma deprimente, evidente que o castelo sitiado de Montségur pouco mais poderia aguentar. Este período de depressão, sentido por várias pessoas no século XX, prolongou-se, para dois de nós, até meados de Janeiro, porque, nos últimos dias de Dezembro e nos primeiros dias do Ano Novo, não estávamos a reagir à nossa encarnação cátara, mas às nossas vidas na Roma do século IV, quando, como suspeitos aderentes ao culto de Mitra, fomos alvo de ataques por parte de cristãos hostis, que alegavam que lhes tínhamos roubado o aniversário de Cristo e também a ideia do Santo Sacramento. Além disso, fomos interrogados e fisicamente torturados pelas autoridades seculares, que suspeitavam de atividades subversivas por parte do culto de Mitra. Nos dias em que havíamos sofrido particularmente em Roma, suportámos nesta vida uma forma especialmente intensa de depressão agitada, a que só podíamos chamar os horrores.

Alguns dias a meio de Fevereiro constituem também um período terrível de depressão para aqueles do grupo cuja memória se estende à Idade Média. Isto coincidia, em termos sazonais, com o fracasso de uma surtida desesperada feita pela guarnição sitiada de Montségur. Uma das pessoas do grupo reviveu — em

estado de transe — a debandada de regresso ao castelo dos sitiados repelidos. Deitou-se de bruços no chão e — com movimentos de natação das mãos — tentou impedir que a turba derrotada pisasse um cavaleiro ferido que eu identifiquei nos registos como Guillaume de L'Isle.

Recordo sempre esse dia particular, a que me refiro como Domingo negro, como um dos piores que suportei na minha existência atual. Outras duas pessoas estiveram também envolvidas neste episódio deprimente. Uma, a uma distância de cem milhas, e a segunda, noutro país, entraram num tal estado de depressão agitada que, apesar da sua antipatia por médicos enquanto materialistas científicos imaturos, consultaram a classe médica, que entendeu, em ambos os casos, prescrever um antidepressivo forte e um tranquilizante.

Este período de depressão de meados de Fevereiro repercutiu também períodos de angústia em encarnações diferentes da cátara. A mulher que executava os movimentos de natação em transe não estava apenas a reviver a proteção do cavaleiro ferido no século XIII, mas a desempenhar um papel semelhante por mim na minha encarnação céltica, na Cúmbria do século VII. Eu sofria então de meningite cérebroespinal e o tratamento que recebia, deitado de costas, por parte de um curandeiro local, foi interrompido por uma multidão furiosa que considerava o terapeuta uma bruxa pagã que adorava os deuses antigos. Ao mesmo tempo que, nesta vida, alguns membros do grupo reviviam os piores horrores das nossas encarnações cátara e céltica, outros sofriam depressões ferozes ou envolviam-se em acidentes de viação graves.

Com o passar do tempo, tornou-se claro que, para além dos períodos mencionados, havia alturas do ano em que este grupo de pessoas com memória longínqua sofria, com regularidade, crises de depressão aguda. O dia 19/20 de Agosto inaugurava um período de depressão associado à desagregação da Igreja Céltica, em grande medida independente, na Cúmbria, a que pertencíamos. O início de Outubro era ainda mais deprimente, pois aquilo que sentíamos neste século era a reverberação do nosso êxodo final da Cúmbria para Lindisfarne, em meados do século VII, incluindo entre os seus horrores o assassínio da nossa principal sacerdotisa e curandeira.

O fim da terceira semana de Julho era, nesta vida, profundamente deprimente. Nele reagíamos não apenas ao massacre de Béziers, em 1209, mas também a epidemias concomitantes de febre tifoide e varíola, que grassaram entre os marinheiros franceses prisioneiros de guerra em Portchester, ali encarcerados nos primeiros anos do século XIX. A minha depressão, na vida contemporânea, nesse período, era acentuada, em relação às outras, pelo facto de eu estar, durante a estação correspondente em Portchester, no início do

século XIX, ameaçado de cegueira devido a uma condição chamada irite, que afetava ambos os olhos. Dependia muito dos cuidados de um médico francês amador, mas muito habilidoso, companheiro marinheiro e prisioneiro, que nessa altura jazia às portas da morte com febre tifoide. Foi significativo que, nesta vida, o médico francês reencarnado tenha morrido nessa época, o que era obviamente ominoso para o nosso grupo de dualistas reencarnados.

Ao lidar com esta origem da doença psiquiátrica em vidas passadas, o que é tão marcante não é apenas que uma depressão possa ter as suas causas muitos séculos antes, mas que ocorra no mesmo período em ambas as encarnações. Este curioso fenómeno do aniversário pode estender-se também a doenças físicas. Como estas não são aqui a nossa preocupação, citarei apenas um exemplo. Uma mulher entrou, sem o desejar — tinha, na verdade, um horror genuíno a tais experiências — num estado de transe, do qual emergiu a chiar como uma chaleira a vapor, com espasmo brônquico, conseguindo falar apenas com um ronco rouco e queixando-se de dor no peito. Verifiquei que tinha um inchaço duro no lado esquerdo do esterno, no ponto de junção com uma das costelas esquerdas.

Normalmente, um inchaço desse tipo, envolvendo como envolvia uma inflamação do osso, só poderia, nesta vida, ter sido causado por um traumatismo grave ou, no caso de uma lesão inflamatória, teria demorado dias ou semanas a desenvolver-se. Este inchaço específico surgiu em poucos minutos, enquanto a mulher revivia uma tentativa de fuga, 170 anos antes, através de um túnel sob as muralhas do Castelo de Portchester. Durante o processo, e estimulado pelas reverberações de um disparo de um sentinela, o teto do túnel ruiu. A vítima presa ficou soterrada por detritos que lhe pesavam sobre o peito e foi arrastada para fora com a boca e as narinas entupidas de terra; o peito ficou contuso por uma pedra que caiu sobre ele, e ela encontrava-se também delirante. Ao emergir do transe, manteve o delírio, durante o qual atendeu uma chamada telefónica de uma amiga no estrangeiro, que mais tarde me telefonou para perguntar se a sua amiga estava doente ou louca, pois estava a dizer disparates ao telefone. Os «disparates» eram provençal. Uma proporção considerável dos marinheiros encarcerados em Portchester era oriunda da Provença.

Qualquer psiquiatra que não estivesse consciente da aptidão para memória longínqua das pessoas envolvidas nos exemplos citados consideraria as suas depressões estritamente sazonais e altamente constitucionais. É apenas o facto de sabermos que estas pessoas sintonizam encarnações passadas que invalida tal diagnóstico. Assim, devemos manter a mente aberta e considerar, pelo

menos, possível que algumas depressões sazonais, mesmo quando não existe evidência consciente de encarnações passadas, possam, ainda assim, dever-se a esta causa. As memórias de vidas passadas podem estar a resmungar logo abaixo da superfície da consciência. A própria depressão pode ser uma forma de memória sem palavras.

Será possível que, na comunidade em geral, uma proporção apreciável de ataques depressivos tenha origem em encarnações passadas? Certamente, não podemos dizer que um indivíduo possa ficar deprimido no aniversário de uma tragédia numa encarnação anterior se não se recordar da vida passada. Mas temos igualmente de lembrar que este argumento esquece que podemos recordar abaixo do nível consciente, como em pesadelos recorrentes de conteúdo idêntico.

Este despertar da memória longínqua é frequentemente acompanhado por depressão aguda. Recordo-me de uma paciente que eu considerara curada e que me desapontou muito ao regressar com uma nova crise de ansiedade-depressão. Era uma pessoa com dons psíquicos e potencialidades de cura, cujo primeiro ataque fora precipitado por uma sucessão terrível de circunstâncias adversas. Era uma mulher particularmente madura que me surpreendera pela crença de que, após a morte, somos aniquilados. Eu não conseguia conciliar isso com os seus dons psíquicos e com a sua capacidade de irradiar bondade e cura para os outros. O seu segundo ataque de depressão foi quase totalmente atribuível ao facto de, durante um ano, a convicção de que já tinha vivido antes e voltaria a viver de novo se estar a impor, forçando o caminho através de camadas de repressão até ao nível consciente. Após uma luta — que se pode ver como as dores finais do renascimento — não voltou a ter problemas.

A recordação de uma encarnação passada é sempre acompanhada por depressão. Normalmente, esta não é contínua. A recordação fragmentária pode ser acompanhada por repressão fragmentária. Quanto mais distante for a encarnação recordada, mais dolorosas são as dores de gestação. Isto pode dever-se ao facto de as memórias terem uma camada mais espessa de repressão a atravessar. A depressão que acompanha a recordação de uma encarnação não garante que não se sofra do mesmo modo ao recordar outras. A depressão no início da memória longínqua não depende de a encarnação recordada ter sido feliz ou triste.

O início da recordação de encarnações passadas, sobretudo se for súbito, pode ter efeitos graves na meia-idade e na velhice e, sem dúvida, predispõe para catástrofes cardiovasculares como a doença coronária e a hemorragia cerebral.

O grau em que encontrei estas doenças em mulheres de quarenta anos, normalmente não propensas a tais perturbações, foi marcante.

Uma vez estabelecida a recordação, a depressão relacionada com incidentes em vidas passadas tende a ser pior quando o paciente está a recordar acontecimentos da encarnação mais importante para si. A encarnação dominante é frequentemente a primeira a ser recordada. As outras não tendem a surgir por ordem cronológica.

Outro factor que intensifica a depressão originada em encarnações passadas é quando o desastre a que se está a sintonizar afeta alguém com quem se partilhou uma vida numa encarnação anterior. Esta depressão é ainda mais intensa se tiverem sido partilhadas várias encarnações. A autoacusação, na vida presente, por cobardia ou má conduta numa encarnação anterior é frequentemente encontrada.

As vidas passadas podem ser recordadas com pleno detalhe, em fragmentos, ou através de sintomas isolados, como sonhos recorrentes significativos. É necessário considerar até que ponto, vista a comunidade como um todo, a recordação de vidas passadas é conducente à depressão na maioria. É ridículo acreditar que os mecanismos que operam a induzir memória longínqua em alguns cessam de funcionar na comunidade como um todo. A memória longínqua apenas permite recordar vidas passadas. Não é garantia de que se é um ser especialmente seleto, diferente das outras pessoas. Certamente, a instrumentação de cada um tem de ser diferente da da maioria.

Parece-me evidente que, com o passar do tempo, o papel desempenhado pela memória longínqua na indução da depressão, bem como de doença psicossomática e física, será, se a civilização continuar, mais aceite. É preciso lembrar que as faculdades psíquicas, incluindo a memória longínqua, foram no passado reprimidas tanto pelo indivíduo como pela comunidade. Nos meus últimos anos de prática, notei um aumento inequívoco do número de pessoas com aptidões extrassensoriais genuínas, distintas de um interesse mal orientado pelo tema. Parece que o número de pessoas capazes de existir num plano mais elevado de consciência aumenta em cada década. Isso envolve inevitavelmente um aumento do número de pessoas com memória longínqua. Para mim, é igualmente inevitável que o futuro venha a mostrar com maior clareza quão considerável é o papel desempenhado por vidas passadas na origem de depressões presentes.

É possível encarar a pequena minoria com memória longínqua detalhada como desempenhando uma função cósmica. Talvez o seu papel principal seja

ilustrar, em benefício dos outros, que encarnações passadas podem ser recordadas e que as nossas doenças atuais podem ter aí a sua origem. Talvez estas pessoas sejam cordeiros sacrificiais no padrão cósmico. Certo é que a recordação de vidas passadas é acompanhada por bastante dor.

Influência psíquica nas depressões sazonais

As depressões precipitadas pela memória longínqua em estações fixas do ano não são estritamente sazonais, no sentido em que não são determinadas por influências lunares, estelares e atmosféricas que operem numa determinada época do ano. Existem, porém, depressões verdadeiramente sazonais em que os factores psíquicos estão implicados? Sem dúvida, existem depressões estritamente sazonais. Não é apenas um facto, mas parte do folclore e da tradição que, na Grã-Bretanha, a Primavera — apesar da sua beleza — é uma estação deprimente. Explicações segundo as quais isto é natural porque todos estamos debilitados após o Inverno não são suficientes. Porque ficam uns debilitados e outros não? Não seria mais lógico que o psiquiatra tivesse a sua maior colheita de depressões na miséria do pleno Inverno?

Para além da Primavera, há outro período do ano especialmente nocivo: o final do Outono, incluindo o fim de Outubro e a primeira metade de Novembro. As depressões de Novembro surgem muito atrás das que ocorrem em Abril. Esta proporcionalidade dificilmente é aquilo que se esperaria. Seria de prever que o definhar das folhas e da luz no Outono fosse mais deprimente do que o rebentar dos botões na Primavera.

Estas depressões, justamente consideradas sazonais, são ainda assim influenciadas por factores psíquicos. Assim tem de ser, porque só são vividas por pacientes de constituição psíquica. Qualquer paciente com um dote tangível de dons psíquicos inclui no seu arsenal uma perceção aguda de atmosferas. Consegue captar a presença de altas concentrações de bem e de mal em pessoas e lugares. Esta capacidade percetiva inclui respostas particularmente delicadas às vibrações da terra, da luz, do ar e da água. Naqueles que têm depressões de Primavera, a psique demora a despertar após a lentificação das suas vibrações no Inverno.

Não consegue ajustar-se ao pulso acelerado da terra e à intensificação da luz. O resultado desta desarmonia é a depressão. Nas depressões que atacam mais tarde no ano, a capacidade psíquica de perceber as vibrações da luz é primordial. Temos de distinguir entre os que se deprimem com o recuo da luz em Outubro e Novembro, quando o indivíduo psíquico não se ajusta às vibrações

esmorecidas da luz, e aqueles em quem ela definha com a ausência mais total de luz em Dezembro e Janeiro.

Um factor curioso destas depressões de Outono e Inverno é que, quando ocorrem, muitas vezes obedecem a um calendário de tempo espantosamente rígido. Há uma família em que, nas palavras do seu membro mais velho, «tudo o que acontece a esta família acontece na primeira semana de Novembro». Uma pessoa de quem me ocupei teve quatro episódios de depressão grave, todos exigindo terapêutica electroconvulsiva. A sua capacidade de colapsar no Outono era tão conhecida que se ficava em alerta todos os anos desde o fim da terceira semana de Outubro até meados de Novembro. Outra mulher era regularmente colocada num regime de tranquilizantes nos últimos dias de Setembro, na esperança de que, reduzindo uma tensão antecedente, se pudesse impedir que ela desabasse em depressão no Outono.

Quando estas depressões se repetem a um ou dois dias de distância do seu aparecimento no ano anterior, deve sempre considerar-se a possibilidade de possessão, como no caso da rapariga altamente psíquica — com clarividência e telepatia espantosas e com memória longínqua detalhada — que teve dois ataques ferozes de possessão, acompanhados por depressão, em dias idênticos em dois anos sucessivos. Estes ocorreram na segunda semana de Novembro, época em que, durante vários anos, ela esteve intensamente deprimida. É claro que a possessão tem, ela própria, inflexões sazonais. Pode ocorrer em qualquer altura do ano, mas é especialmente ativa do final do Outono até ao solstício de Inverno e um pouco para lá dele.

Porque razão deveria um fenómeno destes ser sazonal? Porque haveria uma época do ano especialmente propícia a entidades desencarnadas com intenções malévolas? Não podemos explicar estes fenómenos em termos da psiquiatria contemporânea. Só os compreendemos um pouco se olharmos para a psique no seu estado intemporal. Aquilo que nos chega do cosmos, do intemporal para o tempo, é determinado pela influência do sol, da lua e dos planetas. Nós, neste mundo, vemos os efeitos nefastos que experimentamos em termos de tempo. A causalidade última é-nos um mistério, porque não conseguimos (neste mundo) compreender as leis que determinam quando entidades desencarnadas devem ser ativadas. Parece certo que a atividade dessas entidades atinge o máximo alguns dias antes e alguns dias depois do solstício de Inverno.

Estas diferentes variedades de depressões sazonais são aflições do indivíduo psíquico. Aplicar-lhes o termo «constitucional» só é justificável se estivermos a aludir à herança de tendências psíquicas. As crises de depressão,

manifestadas em épocas fixas do ano, tornam-se explicáveis não em termos de genes e de peculiaridades do funcionamento fisiológico e bioquímico, mas de atividades psíquicas. Isto não significa que os factores físicos não desempenhem um papel na depressão endógena. São o mecanismo de expressão de sintomas causados por um factor misteriosamente potente, oculto à ciência laboratorial. Pode até ser que exista uma subcategoria de depressão endógena em que os factores físicos sejam predominantes e em que métodos físicos de tratamento, como antidepressivos e terapêutica electroconvulsiva, tenham êxito onde outras abordagens falham totalmente.

Existe ainda outro tipo de depressão que parece constitucional porque ocorre em épocas fixas do ano. Podemos ser desculpados por considerar constitucional qualquer depressão que aconteça ano após ano num período estabelecido, porque não podemos garantir que circunstâncias adversas concretas que causem depressão reativa nos aflijam sempre, por exemplo, em Agosto. Esta depressão adicional, aparentemente férrea e constitucional, ocorre, ano após ano, nas três ou quatro semanas que precedem o aniversário do indivíduo. Refiro-me a casos em que a associação entre a depressão e o período que antecede o aniversário não é percebida pelo próprio. Excluo também os casos em que a pessoa, de idade avançada e de constituição depressiva, sente a moral visivelmente mais baixa à medida que o aniversário se aproxima.

Estas depressões, anteriores ao aniversário do paciente, são mais uma expressão da relutância da psique em entrar na matéria: uma repetição do reconhecimento, antes do nascimento, de que está a entrar num mundo em que o equilíbrio entre as forças do bem e do mal é precário e possivelmente inclinado em favor destas últimas. Tais depressões não podem ser explicadas pelo efeito de uma ideia que opere a um nível inconsciente ou profundamente somático. São uma consequência da ativação da memória da psique antes do aniversário da aparição do paciente neste mundo, outro exemplo do gosto da psique pela exatidão cronológica nos seus contactos com o mundo da personalidade dominada pelo tempo.

Outras depressões regulares, pontuais como um relógio, aparentemente constitucionais, têm explicação semelhante, mas remontam ao período anterior a nascimentos em encarnações anteriores.

A variação, entre diferentes seres humanos, na capacidade de adquirir depressões ao captar as vibrações do passado e da terra em diferentes estações, é explicável à luz daqueles sistemas antigos de filosofia que dividiam os homens em hílicos, psíquicos e pneumáticos. Os hílicos *(matéria)* são aqueles em quem

os átomos de que a sua matéria é constituída são grandes e circulam tão lentamente que o indivíduo apenas é percetivo através dos seus cinco sentidos básicos. Os psíquicos são aqueles que, por exemplo, recordam o passado através dos seus plexos nervosos e tecidos e que registam uma quinzena trágica numa vida passada ficando regularmente deprimidos todos os anos nessa época e que podem também sofrer de outras depressões aparentemente sazonais. Os pneumáticos são aqueles em quem os átomos que constituem a sua substância natural são mais finos e se movem a maior velocidade e que recordam vidas passadas ao nível da consciência cerebral. Estas classificações não são rigidamente demarcadas. A maioria dos seres humanos é uma mistura de dois tipos. É óbvio que, na nossa civilização materialista, existe uma enorme preponderância de hílicos.

Devemos considerar também, brevemente, o facto de a depressão ser comum nas estações mutáveis da nossa vida, bem como nas do ano. É uma observação clássica que a puberdade, a adolescência, a menopausa e o início da velhice são períodos particulares. Existem factores que favorecem a depressão nessas fases. Na puberdade, o egocentrismo da personalidade humana é reforçado pelo impulso sexual, que torna o homem, em particular, mais consciente da sua individualidade separada. A psique confronta-se com este impulso acrescido, por parte da personalidade animada pela carne, de se fixar mais firmemente na matéria. A depressão que se segue é resultado do conflito entre psique e personalidade. A adolescência é uma batalha mais prolongada, devido ao recuo determinado e inexorável da personalidade em relação à psique, que é a única capaz de a educar quanto à loucura de adorar e investir no que é transitório. Na menopausa, a personalidade, ciente da diminuição das suas funções biológicas e sociais, oferece resistência à psique quando esta sussurra que aqui há uma oportunidade para ver as coisas mais claramente. A resistência da personalidade à sua própria dissolução resulta em depressão. Factores semelhantes atuam com o início da velhice.

Ao lidar com todos estes períodos da vida, devemos recordar a natureza separada e imortal da psique, a forma como, em última análise, ela consegue escapar à matéria e como, nos períodos que mencionei, faz esforços especiais para o conseguir e, no processo, facilitar o desenvolvimento do indivíduo.

Nos tipos de depressão acima mencionados, que ocorrem em períodos particulares da vida, estamos sobretudo perante o conflito entre a psique e a personalidade. Numa minoria de indivíduos, o tipo de depressão gerado por esta questão pode colocar-se não apenas em períodos cruciais, mas em qualquer altura da vida. Esta minoria inclui artistas criativos e aqueles capazes de

experiência religiosa mística. Antes de discutir este assunto, é necessário sublinhar que, pelo facto de um homem ser artista, não está necessariamente predisposto à depressão e a outras formas de perturbação psiquiátrica. Não há absolutamente nenhuma evidência da existência de um temperamento artístico específico, como existe para uma estrutura obsessiva ou depressiva. Os artistas podem ser pessoas difíceis de viver, mas dizer que isso se deve a um temperamento específico carece de fundamento. Ainda assim, não podemos ler as biografias de escritores, músicos e outros artistas famosos sem sermos impressionados pelo número daqueles que, ao longo da vida, estiveram sujeitos a ataques de depressão. (Nota-se que os pintores, em geral, parecem ser um grupo mais feliz do que os escritores. Será porque, neles, a tensão é libertada pelo movimento das mãos a acompanhar a visão no processo criativo?).

A depressão vivida pelos artistas tem duas características principais. Em geral, precede um período de criação. Nessa fase, os contornos da obra de arte já estão formados no inconsciente. O padrão foi estabelecido pela psique e aguarda expressão pela personalidade. Toda a arte com verdadeira importância é inspirada pela psique. A natureza da inspiração é a de que a psique atua como uma corda vibrante, transmitindo o processo inspirativo do cosmos para a personalidade. Esta funciona essencialmente como um instrumento passivo, registando aquilo que é iniciado a nível cósmico. Quanto mais passivo for o artista, no núcleo central de quietude enterrado dentro de si, mais considerável e duradoura será a arte que produz. É uma heresia moderna afirmar que a arte é produto de tensões neuróticas. Tal conceção pode explicar muita arte moderna, cuja principal virtude é o seu carácter efémero.

Nestas variedades criativas de depressão associadas à inspiração, a personalidade continua a ressentir-se do seu papel secundário e é relutante em abdicar da sua natureza agressiva para atuar apenas como um instrumento passivo. Não é da natureza da personalidade sacrificar-se pelas realidades da arte e da experiência religiosa. Nós próprios desempenhámos um grande papel na construção dos nossos egos terrenos. Será compatível com o nosso egoísmo que, por exigência da psique, cooperemos na destruição daquilo que, laboriosamente e com tanta dor, construímos a partir dos nossos desejos de futuro e dos nossos arrependimentos do passado? É em questões diretas como estas que se trava, no interior do artista, a batalha entre a psique e a personalidade, entre a luz e as trevas — e o artista é, demasiadas vezes, ele próprio uma vítima de uma depressão premonitória antes de produzir a sua obra.

Deve também notar-se que a particularidade desta depressão criativa é que, quando continua depois de o processo criativo ter sido iniciado, a eficiência do artista não é afetada. Isto é invulgar, porque a depressão profunda inibe, em regra, o desempenho. A eficiência continuada do artista no auge da depressão deve-se ao facto de ele estar a escrever ou a pintar com a sua psique — ou, mais exatamente, a ser escrito ou pintado por ela. A depressão expressa através da personalidade é uma espécie de lamento acompanhante que não afeta o resultado.

Acima de todas as outras causas de depressão, a repressão de factores psíquicos é a questão mais importante. Isto porque a atividade psíquica representa o nosso poder mais primitivo e eficiente de comunicar. A personalidade, não iluminada pela psique, não tem a capacidade de comunicar com precisão em experiências fora do corpo quando os indivíduos em causa estão separados por milhares de quilómetros. O facto de esta comunicação psíquica estar por vezes mais desenvolvida em comunidades tribais não significa que seja primitiva. Teremos nós alcançado, através das capacidades verbais e escritas de comunicação que adquirimos com tanto sofrimento nos sobressaltos do desenvolvimento intelectual, algo tão eficiente? A comunicação estabelecida pelas nossas faculdades intelectuais é imprecisa e muitas vezes inexata, comparada com o relâmpago de consciência que surge quando o telepata reconhece que um amigo noutro continente teve um acidente ou quando, no serviço de consulta externa, se diagnostica num lampejo de intuição que esta pessoa sorridente e aparentemente estável é, na verdade, suicida.

A ideia de que a comunicação através da psique é primitiva e algo de que deveríamos ser «educados» a abdicar é comum entre cientistas e constitui também um dos pecados contra a luz. A capacidade de comunicar através da psique é responsável por muitas variedades de amor, incluindo os seus aspetos mais profundos. O que é o amor à primeira vista senão uma harmonização súbita de duas psíquicas? Existe algo na estrutura da personalidade vigilante, agressiva e egocêntrica que possa facilitar tal processo? Atribuir um fenómeno destes a perturbações glandulares e bioquímicas é de uma leviandade extrema. Como pode o metabolismo do corpo alterar-se do seu ritmo normal com tal rapidez ao ponto de induzir algo como um estado de sonho acompanhado de uma intensificação intensa da consciência desperta? Certamente, factores metabólicos desempenham um papel no enamorar-se à primeira vista, ou após ver a pessoa amada em duas ou três ocasiões. Isso acontece porque todos os estados humanos de sentimento dependem de mecanismos fisiológicos. A questão é: o que está por detrás do mecanismo e o que o põe em ação?

Se fiz algum bem aos pacientes nos meus anos de prática, sei que foi alcançado por contacto psíquico. As circunstâncias da minha vida profissional determinavam que eu tivesse tantos pacientes para ver que as explicações e interpretações que eu podia oferecer não podiam ser eficazes. Por vezes sentia uma punção indefinível, mas peculiarmente emocionante, no plexo solar quando esse contacto se estabelecia. Recordo isto em especial no caso de uma mulher cujos ataques epiléticos diminuíram a partir dessa data e, de facto, cessaram. Essa punção momentânea no plexo solar não é algo alcançado pessoalmente, mas apenas a manifestação do poder de cura, que é, por sua vez, uma canalização da luz que primeiro se moveu sobre a superfície das águas.

A comunicação psíquica é também transmitida pelas emanações daquelas pessoas com quem basta estarmos em contacto durante dois ou três minutos para nos sentirmos melhor. Tais indivíduos, menos presos do que outros nas cadeias da personalidade egocêntrica, conseguem irradiar diretamente a partir dos aspetos mais iluminados das suas psíquicas. É por processos deste tipo, de contágio divino, que os primeiros cristãos conseguiram acender a psique e, em última análise, o espírito individualizado, naqueles que encontravam e que estavam potencialmente na mesma frequência.

É óbvio que reprimir esta tendência psíquica para se fundir e acender com os outros pode ser muito mais desastroso do que outras formas de repressão, porque é de tais capacidades de comunicação que a nossa evolução psíquica e espiritual depende, em última análise. A repressão desta faculdade, conhecida entre os cristãos como o Espírito Santo, é infinitamente mais desastrosa do que a inibição dos impulsos sexuais ou de autoafirmação. O facto de, em certos momentos da vida, os impulsos desta última natureza parecerem mais imperativos do que noutros nada nos diz, exceto que, neste mundo, os apelos da carne são por vezes mais urgentes do que os da psique e do espírito — algo que seguramente já sabíamos. Os nossos impulsos sexuais e de autoafirmação são, essencialmente, impulsos gerados no interior das nossas personalidades terrenas, exceto nos raros casos em que a paixão sexual atua como factor lubrificante na fusão de duas psíquicas.

Pode sustentar-se seriamente que o impulso quase universal para a união sexual ou a vontade de poder são meios de comunicação tão subtis e, em última análise, tão vitais como a união psíquica que, na sua plenitude, nos reconduz à origem de onde viemos antes de abandonarmos a nossa Unicidade com Deus na Queda do homem?

A repressão de dons psíquicos é propícia a qualquer tipo de perturbação psiquiátrica, mas sobretudo a estados depressivos. Depressões particularmente

selvagens podem ser produzidas quando a capacidade de curar é reprimida. Isto porque o impulso para curar atua como estabilizador de outros dons psíquicos, como a clarividência e a telepatia. Isto não significa que a posse destes últimos indique, ou tenda a, instabilidade psiquiátrica. Essa ideia é absurda. Atividades psíquicas encontram-se mais em comunidades rurais estáveis do que entre habitantes urbanos neuróticos. O que é evidente é que a capacidade de curar parece corrigir e manter em proporção qualquer vontade de poder que surja da posse de faculdades precognitivas e clarividentes. Isto não é invariavelmente verdadeiro, mas aplica-se a um número suficiente de casos para constituir uma boa regra geral.

O que digo aplica-se àqueles em quem a cura é, tal como a clarividência e a telepatia, uma manifestação da psique. Não me refiro ao que se chama cura espiritual, que inclui uma diversidade extraordinária de criaturas, acerca de cujos dons e atributos não gostaria de dogmatizar.

A repressão de dons psíquicos ocorre geralmente na infância. O seu grau depende da atitude adotada pelos pais da criança. O facto de muitos destes serem eles próprios psíquicos não induz necessariamente uma atitude tolerante face aos dons dos filhos. Alguns sofreram demasiado por serem classificados como loucos e maus para quererem que os seus filhos passem por purgatório semelhante. Em contrapartida, deve dizer-se que muitos psíquicos são naturalmente resilientes. Têm de o ser. Quanto mais cedo a criança psíquica aprender e aceitar que é diferente das outras, melhor. Quanto mais cedo aceitar a sua condição minoritária, menos propensa será à repressão na vida adulta.

Nesta questão da repressão de tendências psíquicas, o clima dos tempos é vital. Durante alguns séculos, tanto a autoridade secular como a laica encararam, em geral, os fenómenos psíquicos como brinquedos dos perversos. As coisas mudaram imensamente. Numa época em que todos discutem os signos do zodíaco sob os quais nasceram, é obviamente mais fácil para a criança psíquica do que numa outra em que o temido adjetivo remetia para o mundo das sessões espíritas, das mesas a bater e da clarividência de feira, grotesca e de barraca.

Quando os dons psíquicos foram reprimidos na infância, a sua ativação súbita na velhice pode ser desastrosa. Um grande choque, como um luto, pode estimular a psique à atividade, porque a personalidade se desfez sob o peso do golpe, e a psique aproveitou a oportunidade, proporcionada por esse lembrete da natureza transitória da vida, para se afirmar numa fenda da carapaça da personalidade. Em casos raros, a oportunidade pode ser aproveitada e o indivíduo beneficiar com isso. Demasiadas vezes, porém, resulta uma depressão aguda.

Influência psíquica do lugar

A psiquiatria não trata, de todo, da relação entre depressão e atmosferas contaminadas. Com isto entende-se sobretudo casas que têm um historial terrível de induzir doença psiquiátrica nos seus ocupantes. A evidência clínica de que certas casas induzem depressões graves é indisputável.

Fui consultado por uma mulher, fundamentalmente equilibrada e culta, por uma depressão grave que, após uma avaliação cuidadosa da sua história pessoal e familiar, eu não conseguia explicar. No fim da entrevista, perguntou-me se eu acreditava que certas casas tinham uma má atmosfera. Isto foi antes de o meu interesse pela parapsicologia se ter desenvolvido e respondi-lhe de forma evasiva e desencorajadora. Ela vivia numa mansão nos Cotswolds, visitada pela realeza devido à sua beleza. Disse-me que nunca, na vida, tinha estado deprimida por mais de um ou dois dias antes de ir para aquela casa. Tinha cerca de cinquenta anos quando a vi.

Contou-me que, pouco depois de se ter mudado, a ocupante anterior lhe telefonou a dizer que também achara a atmosfera insuportável, ficara agudamente deprimida e abandonara a casa ao fim de quinze dias. Quando voltei a ver a paciente, algumas semanas depois, estava completamente recuperada. Seguiu a sua intuição e saiu da casa. A depressão desapareceu por completo e de forma permanente, em um ou dois dias, após o ter feito.

Uma vez fui chamado para ver uma paciente numa casa suficientemente agradável, num vale belíssimo. Era um caso misto de depressão agitada com alguns factores histéricos. Depois de a observar, a enfermeira-companheira disse que a paciente nunca melhoraria enquanto não saísse daquela casa, onde a própria enfermeira sentia uma atmosfera maligna. Este caso ocorreu, novamente, numa época em que eu tinha, espero, mente aberta, mas nenhum interesse ativo por assuntos psíquicos.

A crença da companheira na sua perceção de atmosferas aumentara após ter residido numa cidade das Midlands. No início da sua estadia, visitara a vizinha do lado e fora tomada por uma depressão avassaladora assim que atravessara o limiar. A minha sugestão de que a casa estaria degradada ou decorada com cores deprimente foi rejeitada com desprezo. A companheira insistiu que, em aparência exterior, era muito mais *chic* do que a sua própria.

Com o tempo, a vizinha suicidou-se. A enfermeira-companheira veio depois a descobrir que as últimas quatro gerações de ocupantes, sem relação entre si, tinham, cada uma, terminado com uma morte por suicídio. Ora, é inútil e anticientífico atribuir ocorrências destas à coincidência. É concebível que uma

casa deprimente pudesse, pela sua conceção e decoração, induzir depressão em quatro pessoas sem laços entre si. Mesmo isto é pouco provável e talvez lisonjeie em excesso as sensibilidades estéticas dos habitantes das Midlands. Que tais factores ambientais produzissem depressões graves sucessivas em pessoas de origens e temperamentos diferentes é pouco credível. Que quatro pessoas sem relação entre si fossem, uma após outra, instigadas ao suicídio pela arquitetura e pela decoração de uma casa está tão além da possibilidade como a ideia de que um elemento de sugestão poderia conduzir a quatro suicídios determinados e bem-sucedidos.

Anteriormente, eu tinha uma ideia vaga e mal orientada de que uma atmosfera de mal, ou mesmo de tristeza insuportável, poderia persistir no ar em torno de locais de tragédia ou crime. À luz do que, entretanto, aprendi sobre possessão, parece-me que acontecimentos como os que acabo de descrever só podem ser explicados pelo facto de entidades malignas continuarem a ser atraídas para esses lugares por um magnetismo maléfico, cuja verdadeira natureza não podemos esperar compreender. No caso referido, a entidade maligna conseguiu perfurar a armadura de um indivíduo suscetível em cada geração sucessiva de ocupantes. É óbvio que quatro vítimas foram instigadas a suicidar-se pelos seus esforços.

Uma área mais ampla do que uma casa contaminada pode ser afetada por uma atmosfera de mal. Conheço uma estrada com cerca de vinte casas de cada lado. Fui chamado a onze dessas casas. Trata-se de uma proporção elevada quando se considera que os pacientes me foram inicialmente filtrados por médicos de família. Alguns dos que serviam aquela zona não eram especialmente dados a psiquiatras. A maioria dos pacientes que vi sofria de condições depressivas. A estrada apresentava um historial de um suicídio consumado e de mais do que uma tentativa. Nas imediações havia uma casa atormentada por um poltergeist.

Compreendi melhor a explicação destas condições quando internei uma mulher que fizera uma tentativa de suicídio e que me pareceu sofrer de uma das condições mistas, depressivas e histéricas, comuns entre mulheres na menopausa. Não fiquei satisfeito com o diagnóstico devido aos estranhos movimentos contorcionistas que a paciente mantinha incessantemente. Era demasiado fácil dizer que se tratava de histeria. Na altura em que observei a paciente, movimentos convulsivos desta natureza tinham deixado de ser acompanhantes comuns da histeria.

O marido dizia constantemente que a mulher nunca melhoraria enquanto não saísse da casa onde viviam. Eu continuava pouco esclarecido nestes

assuntos e desencorajei-o do seu propósito, com o argumento aparentemente razoável de que nos levamos a nós próprios para todo o lado e de que a recuperação vem de dentro.

Chegou o dia em que o marido me disse que a casa em que viviam tinha sido anteriormente ocupada por um jovem com fortes tendências masoquistas, que se desgraçara ao morrer enforcado enquanto praticava a sua perversão específica. Mais: o homem da casa ao lado também se suicidara. O que é de grande importância ao avaliar este caso é que o marido, ignorando o meu conselho, encontrou uma encantadora pequena casa antiga, com um jardim atraente. Esta, desconhecido para ele, era uma casa em que um paciente se suicidara ao tomar uma sobredosagem de barbitúricos. À luz de uma experiência posterior e mais ampla nestas matérias, parece-me que a casa onde a paciente vivia estava contaminada por uma entidade maligna que desempenhara um papel tanto no enforcamento acidental do jovem como no suicídio do vizinho.

Os movimentos contorcionistas exibidos pela minha paciente, e que tanto me intrigavam, eram tentativas, da parte dela, de se libertar da mesma entidade que procurava possuí-la e que instigara nela uma tentativa de suicídio. A descoberta, por parte do marido, da pequena casa encantadora — sem que soubesse o historial trágico de um dos ocupantes anteriores — sugeriu que a entidade que procurava possuir a sua mulher também o influenciava na escolha das casas. Felizmente, alguém se antecipou e comprou-a antes de ele conseguir fechar negócio. É verdade que muitos depressivos têm um talento estranho para gravitar em direção a casas com atmosferas depressivas. Eu costumava pensar que isso se devia ao facto de as vibrações emitidas pelo depressivo serem atraídas por vibrações de natureza semelhante, emitidas pelas casas que escolhem. Este factor pode desempenhar um papel, mas sinto que o mecanismo principal é proporcionado pela entidade possuidora.

A rapidez com que o ocupante de uma casa contaminada adquire depressão depende da sua própria sensibilidade e resiliência e do grau de contaminação. Duas coisas sobressaem. A depressão não é precedida pelo estado obsessivo agudo, com um profundo sentimento de culpa, que tão frequentemente se segue ao contacto com transmissores humanos do mal. Em segundo lugar, quando se instala, a depressão devida a viver em atmosferas contaminadas pode ser muito intensa.

Vimos que não apenas casas, mas também ruas e áreas adjacentes podem estar contaminadas por entidades malignas. É razoável considerar que o efeito de tais entidades possa ser mais amplo e até global. Isto tem especial significado para nós porque, nos nossos dias, existe um aumento enorme da tensão do mal

na atmosfera, manifestando-se num aumento enorme de atos de violência sem sentido, em crueldade persistente, em ódios patológicos e em atos de brutal insensibilidade que crescem ano após ano, à medida que avançamos por entre os destroços da civilização. Quanto disto se deve à influência de entidades malignas desencarnadas ou ao poder generalizado do mal, não se pode dizer. Em termos gerais, os crimes aparentemente sem motivo devem-se à possessão. As mortes em massa frias e «científicas», praticadas por nazis e comunistas, são provavelmente mais atribuíveis ao poder geral do mal, do qual as entidades malignas retiram o seu alimento.

As entidades desencarnadas que causam doença psiquiátrica são aquelas que circulam no que podemos chamar Hades, uma terra de ninguém entre este mundo e o próximo. Normalmente, após a morte, a psique abandona o corpo e passa para zonas mais elevadas de consciência. Existem, porém, psíquicas tão contaminadas nesta vida pelo materialismo e, sobretudo, pelo impulso de exercer poder sobre as psíquicas de outros que, ainda atraídas pelo magnetismo desta terra, permanecem em estreita proximidade dela. Estes desencarnados incluem o tipo de figuras repetidas constantemente, erradamente chamadas arquétipos, que ocorrem nos terrores noturnos e que, em alguns casos, são análogas às Fúrias e a outros conceitos da Antiguidade.

Não há dúvida de que o número de entidades desencarnadas malignas e de transmissores humanos está a aumentar de forma constante. Isto é inevitável porque o materialismo gera materialismo. Quanto mais as pessoas viverem no mundo sem a orientação da sua psique imperecível, mais regressarão à sua proximidade após a morte — quer simplesmente como desencarnados, quer como possuidores de transmissores humanos — porque continuam a ser atraídas por ele pelo magnetismo do poder e da matéria. É um paradoxo supremo que o materialismo excessivo resulte na produção de psíquicas contaminadas, mas é isso que está a acontecer. Isto resulta num maior bombardeamento dos suscetíveis e a taxa de vítimas desses casos tem, necessariamente, de aumentar.

Até agora apenas mencionei ataques de entidades desencarnadas conduzidos por elas próprias ou operando através de transmissores humanos. A situação atual é agravada, como em todas as civilizações em decadência, pelo facto de existirem pessoas que invocam deliberadamente o auxílio de tais agências. Isto manifesta-se, na sua forma mais inocente, em práticas como o uso de tabuleiros *ouija* na tentativa de obter mensagens através de copos que tilintam. Estas práticas podem terminar em desastre porque — por mais inocentes, lúdicas, desapaixonadamente científicas, simplesmente estúpidas ou

incipientemente mórbidas que sejam as motivações dos envolvidos — o facto é que estão a quebrar a regra que deveria ser observada constantemente por todos os que têm dons psíquicos ou que se interessam pelo assunto.

Isto significa que se deve permanecer passivo, reparando nos gestos do infinito quando estes nos chegam, mas sem procurar contacto com entidades desencarnadas ou seres de mundos superiores até que estes tenham por bem dar, eles próprios, o primeiro passo. Qualquer tentativa de se antecipar, de ter experiências antes de estarmos maduros para elas, é uma manifestação da personalidade egocêntrica. Os que usam tabuleiros *ouija* procuram algo para si, mesmo que seja apenas saber um pouco sobre a sua própria constituição ou perspetivas futuras. Isto parece suficientemente inocente, mas pode levar a uma preocupação com o desenvolvimento de poderes especiais. Quando várias pessoas se reúnem com tais fins, cria-se uma atmosfera ideal para a intervenção de entidades contaminadas, com intenção malévola.

Estas práticas não estão isentas de risco para o sensitivo em formação. Recordo-me de uma paciente que acabou por tentar o suicídio depois de um grupo (do qual fazia parte) ter estado a experimentar com um tabuleiro *ouija*. Depois de recuperar de um ataque de depressão aguda, avisei-a contra essas práticas anteriores. Infelizmente, foi novamente atraída para o mesmo círculo de diletantes do oculto, teve uma recaída grave e voltou a tentar o suicídio. O facto de o tabuleiro *ouija* ter fornecido alguns dados verdadeiros não tornava o seu efeito total menos deprimente e diabólico.

Estas atividades atraem pessoas imaturas e inseguras à procura de atalhos para a salvação e a bem-aventurança perpétua. Estes tipos proliferam em civilizações moribundas. É inevitável que aumente o número de bodes que desejam conduzir tais ovelhas submissas. O panorama contemporâneo torna claro que cresce o número de pessoas com intenções malignas que exploram deliberadamente os seus dons psíquicos, movidas pelo desejo de exercer poder sobre os outros. Esta apropriação da arma do oculto é algo que caracteriza a morte das civilizações. A França, sob os últimos Bourbons, estava saturada deste tipo de coisa.

O número de indivíduos e organizações que usam uma combinação de vontade e poder psíquico para dominar ou ferir os outros aumentou enormemente. Alguns adoram conscientemente o mal e substituíram Deus pelo Diabo. Isto é mais fácil do que se imagina se a ideia original de Deus era, como tantas vezes é, a de uma divindade que dava ao indivíduo o que ele queria em troca de obediências apropriadas. Outros, desejosos de poder sobre os seus compatriotas, não têm qualquer consciência de que aquilo que desejam é o mal.

Uma das maldições da nossa época é que o transmissor passivo do mal está a ser substituído por aqueles que têm consciência do seu poder e querem exercê-lo. Essas pessoas, muitas vezes disfarçadas de elevadores do nível de consciência, de benfeitores desinteressados desejosos de que os outros aumentem os seus poderes psíquicos, fazem estragos entre os filhos perdidos deste mundo, que, demasiadas vezes, têm pouco em termos de discernimento religioso, filosófico ou ético para lhes servir de apoio. São incapazes de distinguir o que é bom do que é mau na atual preocupação com o psíquico.

CAPÍTULO 14

MUDANÇAS NOS PADRÕES DE DOENÇA

Até aqui considerámos o mal como gerador de doenças através de desencarnados, transmissores humanos e lugares. Em vista do que dissemos nos últimos parágrafos da secção anterior, poderemos vê-lo num contexto mais global, como responsável, de facto, pela alteração do padrão de doença que tem sido uma característica tão marcante do último meio século? Acima de tudo, conseguiremos rastrear a influência cósmica do mal na ocorrência generalizada e na intensidade da depressão? Mais importante ainda: a recente e notavelmente súbita variação no padrão de doença indicará alterações básicas no inconsciente coletivos?

Quando eu era estudante de medicina, nos anos vinte, e durante a primeira década após me licenciar, a paralisia geral dos alienados, uma infeção sifilítica do sistema nervoso, era uma doença que surgia regularmente nas consultas externas de neurologia. Qualquer instituição psiquiátrica de alguma dimensão tinha a sua quota de casos de paralisia geral. Esta doença caracterizava-se por duas fases. Na primeira, o doente estava eufórico e grandioso. Era estupidamente feliz, com delírios de grandeza. Acreditava que os seus talentos abalavam o mundo e que a sua riqueza era ilimitada. Nesta fase, estava bem nutrido e também sujeito a convulsões. Esta fase era descrita, de forma grosseira, como aquela em que o doente era «gordo, em forma e fátuo».

Seguia-se depois uma época menos feliz, em que o doente era descrito como «sujo, demente e condenado». Nesta fase, os delírios eufóricos e grandiosos desapareciam. Tornava-se deprimido e autocrítico. Desenvolvia delírios de que estava condenado por toda a eternidade. A sua saúde física deteriorava-se, o peso diminuía drasticamente e perdia o controlo do intestino e da bexiga.

Ora, nos anos vinte, estas duas fases — «o fátuo feliz» e «o tragicamente condenado» — eram visíveis na maioria dos casos de paralisia geral. Alguns escapavam à última fase dolorosa. Na maior parte, a paralisia geral significava, para o estudante de medicina, felicidade fátua e delírios de grandeza ridiculamente desajustados aos modestos talentos do doente. Nos anos trinta, a fase depressiva tornou-se mais acentuada. Por fim, tomou conta do quadro de tal modo que se tornou raro observar os sintomas grandiosos originais. Depois, a doença pareceu desaparecer. O seu desaparecimento não foi atribuível a qualquer forma de terapia.

Um fenómeno análogo, embora menos marcado, observa-se na esclerose múltipla, outra doença física do sistema nervoso central, acompanhada por alterações do humor. Aqui, períodos de exaltação anormal em doentes gravemente incapacitados alternavam, antigamente, com episódios de depressão lacrimosa. Hoje em dia, esses períodos de exaltação raramente se veem. O doente está deprimido ou suporta os sintomas com estoicismo, mas sem a exaltação mórbida que antes manifestava.

Temos, então, um fenómeno notável ao qual os médicos têm prestado pouca atenção: uma doença física foi acompanhada durante séculos por felicidade fátua; subitamente, ao longo de uma década, esta é retirada e substituída por depressão. Qual é a explicação? Terá a espiroqueta que causa a sífilis e, mais tarde, a paralisia geral dos alienados, ficado ela própria deprimida? É pouco provável.

Ainda no início dos anos trinta, a psicose maníaco-depressiva tinha cinco subcategorias. O termo maníaco-depressivo abrangia uma variedade de condições caracterizadas por extremos patológicos de exaltação e depressão. Esses extremos organizam-se de diferentes formas. Primeiro, um doente podia estar exaltado o tempo todo, caso em que a condição era chamada mania crónica. Segundo, podia ter ataques de mania de tempos a tempos, a chamada mania recorrente. Terceiro, os seus ataques de mania podiam alternar com os de depressão, num verdadeiro balanço maníaco-depressivo. Quarto, podia estar deprimido o tempo todo e, quinto, sujeito a depressões recorrentes. Ao longo dos anos trinta, as três primeiras variedades de psicose maníaco-depressiva diminuíram rapidamente. Em outras palavras, o estado «feliz» de mania estava a ser retirado da psicose maníaco-depressiva. A mania, sob qualquer forma, tornou-se rara. O que nos restou foi a maldição da depressão recorrente.

Aqui, ao lidar com uma doença psiquiátrica, encontramos um fenómeno diferente do apresentado pela paralisia geral dos alienados, mas que se lhe assemelha na extraordinária viragem rápida para a depressão. Importa sublinhar

que a felicidade desmedida que acompanhava a mania se manifestou durante séculos. Foi varrida no espaço de uma década. Foi o período em que o mundo se precipitou, sob Hitler e Estaline, para uma nova idade das trevas. Havia razões para estar deprimido. Parece que, por muito que os europeus ocidentais dos anos trinta mantivessem um otimismo tenso e irrealista, abaixo do nível consciente, no caso da paralisia geral dos alienados e da psicose maníaco-depressiva, ocorreram alterações psicossomáticas que levaram à substituição da depressão profunda pela felicidade irracional. A primeira é classicamente acompanhada pelo sentimento de culpa induzido nos doentes pelo contacto com o mal.

Nas últimas duas décadas, vimos uma intensificação das forças do mal, manifestada pela exibição de todo o tipo de violência e destruição, por rituais bárbaros e por um retorno generalizado às artes negras. Devemos considerar se esta alteração desastrosa no clima espiritual afetou o quadro clínico global. Muito do que tenho a dizer envolve doença física, mas é essencial discuti-lo, porque os mecanismos que produzem estas mudanças no padrão de doença são cósmicos e implicam as operações da psique.

Nas últimas quatro ou cinco décadas, assistimos a mudanças mais dramáticas do que a já discutida preponderância crescente da depressão na paralisia geral dos alienados e na psicose maníaco-depressiva. Algumas doenças praticamente desapareceram de cena sem causa tangível. Talvez a mais importante seja a febre reumática. Até aos anos trinta, inclusive, era um dos pesadelos que afligiam os pais do adolescente em idade escolar. Caracterizava-se por dor aguda nas grandes articulações do corpo, febre alta e uma tal regularidade de lesão cardíaca que se prescreviam meses de repouso, na esperança de salvar o doente de doença cardíaca. Uma proporção enorme das valvulopatias, diria bem mais de oitenta por cento, era atribuível à febre reumática na juventude. A estenose da válvula mitral era esmagadoramente de origem reumática, exceto numa minoria congénita ou atribuível a degeneração na idade.

Não há dúvida de que este desaparecimento da febre reumática ocorreu muito antes da introdução do grupo M & B das sulfonamidas ou dos antibióticos. Ela simplesmente desvaneceu-se do quadro. Não foi oferecida qualquer explicação clínica para este fenómeno. Nenhuma mudança na dieta, na habitação ou nos hábitos poderia explicar o desaparecimento, em tão pouco tempo, de uma doença tão difundida, tão estabelecida e tão temida.

Ora, no meu tempo de estudante de medicina, ensinavam-nos — e corretamente — que a tendência reumática nos jovens também se manifestava

em coreia (dança de São Vito) ou no que hoje chamaríamos tiques obsessivos. Com frequência, na história familiar de doentes com febre reumática, encontrávamos pais, irmãos, ou tios e tias que tinham sofrido de coreia. Muitas crianças com coreia e os tiques característicos desenvolviam, mais tarde, febre reumática. Algumas crianças com tiques e pesadelos desenvolviam ainda uma doença, hoje praticamente desconhecida, em que uma articulação, por exemplo um tornozelo, ficava vermelha, dolorosa e inflamada, e a criança apresentava febre elevada.

Hoje em dia, ninguém sonha em associar a coreia a uma tendência reumática. É quase universalmente encarada como uma condição puramente e simplesmente psiquiátrica. Ao considerá-la de origem psíquica, estou em minoria. No entanto, a sua antiga associação com uma doença física era indiscutível. Como podemos explicar um fenómeno destes?

Ora, vimos que a coreia, ou tiques obsessivos, afligem a criança com terrores noturnos que sofre o impacto de entidades malignas desencarnadas. Vimos também que as crianças deste tipo, provenientes das mesmas famílias e por vezes até partilhando a mesma característica de cabelo avermelhado, são aquelas que, há três ou quatro décadas, sofriam de febre reumática. Temos, então, de considerar pelo menos possível que estas últimas também estivessem a sofrer o impacto do mal. Porque razão, então, haveria o mal de produzir, há quatro décadas, articulações inchadas, febre alta e corações danificados e de agora preferir a via mais direta dos tiques obsessivos que, afinal, sugerem uma tentativa do indivíduo de se libertar da entidade invasora? Será que, antigamente, o impacto do mal era sentido a um nível mais profundo, registando-se nos tecidos, nas vísceras e no coração, em vez de se manifestar de modo mais direto, reflexo ou semi-reflexo, como nos tiques obsessivos ou nos rituais compulsivos?

Antes de responder a esta questão, consideremos outra mudança vasta e inexplicada no padrão de doença, novamente totalmente desligada de sulfonamidas ou antibióticos, porque ocorreu muito antes da sua introdução. É igualmente impossível atribuí-la a qualquer alteração no modo de vida de indivíduos isolados ou da população em geral. Trata-se da doença conhecida como hipertensão primária, ou pressão arterial elevada, que ocorre em pessoas de meia-idade, por vezes já a partir dos trinta anos. (Excluo da consideração a elevação natural, quase fisiológica, da pressão arterial que ocorre com a idade e é um acompanhamento inevitável do endurecimento das artérias.)

Ora, quando eu era estudante de medicina e durante uma década depois, a hipertensão estava quase invariavelmente associada a doença renal.

Praticamente todos os casos que víamos apresentavam nefrite crónica. Pedia-se sempre uma ureia no sangue, e o teor de ureia estava inevitavelmente elevado, fornecendo prova de função renal comprometida. Lembro-me do horror respeitoso que eu e outros sentimos quando fomos apresentados a um jovem elegante na casa dos trinta, amigo de uma estudante de medicina, que tinha pressão arterial alta sem doença renal. As nossas emoções dividiam-se entre a compaixão e o entusiasmo por termos diante de nós evidência de uma doença rara.

Como explicar este fenómeno notável? Lembre-se de que, como estudantes de medicina, nos ensinavam que havia dois tipos de doença renal crónica. Um resultava num rim grande e branco e afligia homens com faces grandes, pálidas e inchadas, devido à distensão por líquidos. O outro produzia um rim mais encolhido e o seu portador tinha pele seca e uma face mais enrugada. Chegámos até a aprender a dizer: «Rim grande e branco, homem grande e branco». Nos autocarros e no metro, sendo eu de natureza observadora, procurava «homens grandes e brancos» que indicassem «rins grandes e brancos», bem como os seus opostos menos inchados. Hoje, tal busca seria infrutífera.

Também aqui parece termos uma doença que, por vontade própria, mudou de curso a meio caminho. Tal como as articulações inchadas e os corações danificados da febre reumática se extinguiram na coreia, assim a doença renal da nefrite crónica deixou o campo livre para a pressão arterial elevada. A lesão de tecidos em ambas as doenças, foi substituída por sintomas mais psicossomáticos: num caso, tiques obsessivos; no outro, pressão arterial elevada.

Porque razão o sinal direto de hipertensão substituiu por completo sinais e sintomas envolvendo lesão tecidular? Em primeiro lugar, a pressão arterial elevada está associada a tensão nervosa aumentada. Um ataque de raiva ou agitação elevará temporariamente a pressão arterial em muitas pessoas. Em segundo lugar, e de forma mais significativa, a pressão arterial cronicamente elevada é exibida por aqueles expostos a tensão permanente, sobretudo de um tipo particular. O marido ou a mulher que vive em contacto com um parceiro cronicamente odioso e indutor de tensão é propenso, se tiver predisposição constitucional a nível bioquímico, endócrino e noutros, a desenvolver pressão arterial alta. Vi isto manifestar-se inúmeras vezes.

Havia — e, em certa medida, ainda há — uma ideia difundida de que condições como as que mencionei produzem apenas uma pressão arterial lábil, que sobe temporariamente quando o marido está de pior humor ou a mulher de

pior feitio. Isto é completamente errado. Uma pressão arterial elevada, mantida de forma constante — que antigamente teria sido considerada indisputavelmente de origem orgânica — é muitas vezes sustentada nas condições que descrevi. Em terceiro lugar, o efeito de uma concentração aguda de mal dirigida contra alvos humanos é produzir um pulso semelhante ao associado ao endurecimento das artérias na idade, condição regularmente acompanhada por pressão arterial elevada.

Poderá ser que o desaparecimento da febre reumática e a sua substituição pela persistência e aumento de tiques obsessivos, e o desaparecimento dos rins danificados na nefrite em favor da hipertensão primária isolada, se devam ao aumento da tensão do mal na atmosfera? Recorde que estas mudanças se tornaram notórias na década que precedeu a Segunda Guerra Mundial. Recorde que coincidiram com a substituição da felicidade pela depressão na paralisia geral dos alienados e com o grande aumento da depressão, à custa da exaltação feliz, na psicose maníaco-depressiva. Recorde também que o período em que estas alterações estavam a ocorrer foi aquele em que a política pública de grandes nações envolveu um mal concentrado e deliberadamente planeado numa escala nunca antes vista.

Horror não faltou na Europa, mas as câmaras de gás dos nazis, os campos de trabalho dos russos e as técnicas destruidoras da alma de interrogatório praticadas por estes últimos são, de facto, sem exemplo na história europeia. O regime comunista tem, há décadas, especialistas capazes de induzir doença mental nas suas vítimas. Faziam-no antes da introdução dos chamados «soros da verdade» e afins. Já há décadas era notório que os acusados de todas as nacionalidades e tipos, nos julgamentos políticos soviéticos, não só se acusavam a si próprios no banco dos réus como exprimiam contrição por aquilo que nunca tinham feito. O que é isto senão uma variação da autoacusação irracional do deprimido? Toda a gente tem um ponto de rutura, e uma depressão autoacrítica pode ser induzida por interrogatórios intensos, com refinamentos de tortura mental e física. Os russos favorecem a abordagem mental.

É tendo como pano de fundo um mundo assim que estas mudanças no padrão de doença ocorreram. A tensão do mal subiu abruptamente na atmosfera e, nas doenças em causa, o sintoma psiquiátrico imediato substituiu o físico. Na febre reumática, as articulações inchadas deram lugar ao tique obsessivo da coreia, que é um recuo imediato face à força do mal. Na hipertensão primária, a pressão arterial elevou-se como resposta direta à tensão do mal. Mais uma vez, temos um exemplo de doença a exprimir-se pelos canais que lhe são mais disponíveis em cada época. A punção do mal é respondida por

um recuo mais direto contra ele: reflexo no caso da coreia, psicossomático no da pressão arterial alta.

Que implicações tem isto em termos psiquiátricos? A psique é um mecanismo de duas vias. Num dos seus aspetos, volta-se para o espírito individualizado e, através dele, para a fonte suprema do ser e a consciência universal. Nos seus aspetos mais sombrios, continua a ser atraída para a terra e para as reações gregárias que nela predominam. Nas suas aspirações mais elevadas, preocupa-se com uma individualidade inspirada, na qual aprenderá a conhecer-se como fundida com o infinito. Na sua função mais sombria e terrena, é sensível não apenas à atração magnética da terra e da matéria em geral, mas ao contágio de psíquicas já contaminadas pelo mal, que se propagam de uma para outra por um processo de ignição rápida. Nos anos trinta, havia certamente material suficiente para isso, com o mundo a preparar-se para os horrores de Auschwitz, Dachau e Katyn.

Estes aspetos mais sombrios das psíquicas individuais fundem-se entre si e formam um inconsciente coletivos que exprime os piores impulsos do rebanho. É esta fusão psíquica deprava que eleva a tensão do mal na atmosfera. Esta extrai da tendência reumática a malevolência evidente dos terrores noturnos, respondida pelo tique obsessivo. Também, na hipertensão na meia-idade, deslocou a lesão das profundezas dos rins para o sangue que circula por todo o corpo, capaz de captar com maior prontidão a subida da tensão e do mal na atmosfera.

O que isto significa é que existem padrões vibratórios que se formam e reformam constantemente no inconsciente coletivos e que predispõem para esta ou aquela variedade de doença. Isto é exemplificado de forma marcante em mais duas doenças. Nos anos trinta, nos anos que conduziram à Segunda Guerra Mundial, a úlcera duodenal com perfuração e hemorragia era extremamente comum. Dizia-se que ocorria especialmente em pessoas conscienciosas que ocupavam cargos de grande responsabilidade. Naqueles dias, os médicos qualificavam-se para essa definição. Se, no fim dos anos trinta, durante a guerra ou logo a seguir, se ouvia que um colega tinha colapsado na rua, fora levado para o hospital e estava em mau estado, mal se perguntava o diagnóstico. Era quase invariavelmente uma úlcera duodenal perfurada.

Este tipo de crise quase desapareceu. Não pode tratar-se de erro diagnóstico. Os sintomas da úlcera duodenal não são difíceis de estabelecer. Uma úlcera que aparece claramente na radiografia e o vómito com sangue não são difíceis de reconhecer, mesmo para leigos. Em certa altura, a dieta desempenhava um grande papel no tratamento da úlcera duodenal. Os

resultados dos diferentes regimes eram mínimos. A úlcera duodenal é uma daquelas doenças que tendem a decorrer por fases. Quando a úlcera está particularmente ativa, não há nada que o paciente consiga comer sem desconforto. Quando está quiescente, pode até cometer surpreendentes abusos alimentares. Em qualquer caso, considerações dietéticas não podem explicar a enorme redução na incidência da úlcera duodenal e, em particular, da crise de perfuração. Não é racional supor que os médicos tenham, de repente, adotado dietas «sem úlcera» que, igualmente de repente, tenham produzido, após anos, os resultados que antes falharam. Nos últimos anos em que a úlcera duodenal era comum, tínhamos chegado à conclusão de que a dieta desempenha um papel pequeno no aparecimento e manutenção principais desta condição.

E isto não significa que os médicos já não colapsem na rua ou nos seus automóveis. Isso continua a acontecer, e são levados à pressa para o hospital, com uma urgência indecorosa. A atitude face a estas crises atuais é exatamente a mesma que outrora se tinha perante as perfurações de úlcera duodenal, com uma diferença mínima de nomenclatura. Continua-se quase sem se dar ao trabalho de perguntar o que aconteceu. Em noventa por cento dos casos, a resposta é a mesma: trombose coronária. Como se explica que, na década de 1940, a perfuração da úlcera duodenal fosse comum e que, antes dos anos sessenta, tenha praticamente desaparecido, sendo substituída, no mesmo tipo de pessoas, pela trombose coronária?

É inútil atribuir esta mudança da perfuração duodenal para a trombose coronária à alimentação. No caso da doença coronária, a questão é especialmente irrelevante, porque a profissão mudou de opinião tantas vezes na última dúzia de anos, condenando sucessivamente as dietas ricas em colesterol e o açúcar.

Mudanças deste tipo no quadro das doenças — que se manteve relativamente constante durante décadas e séculos e que se alterou radicalmente em apenas vinte anos — não podem, simplesmente, ser explicadas em termos da medicina ortodoxa. Aquilo a que se podem chamar argumentos sociológicos, inevitavelmente levantados por otimistas que falam de melhores condições de habitação e de alimentação, são por vezes patéticos. Será um ganho substituir uma trombose coronária por uma úlcera duodenal?

Temos de admitir que padrões diferentes são impressos na substância flutuante do inconsciente coletivos de massas, que nos permite, em circunstâncias idênticas, produzir uma perfuração duodenal numa década e uma trombose coronária na seguinte. A frequência desta última condição chega quase a lembrar uma epidemia. Num certo sentido, é-o de facto, exceto que o

contágio ocorre muito abaixo do nível consciente e é transportado, não por microrganismos, mas por psiques.

Também observámos esta mudança no padrão das doenças noutras condições em que uma transformação radical simplesmente não pode ser atribuída a novas formas de terapêutica. É, por exemplo, comummente aceite que a pneumonia já não representa a ameaça que outrora foi, em virtude da penicilina e de antibióticos semelhantes. É certo que a penicilina e os seus derivados transformaram algumas variedades de pneumonia numa doença quase menor. Talvez o seu efeito mais notável seja o de prolongar a vida de pessoas idosas que sofrem de broncopneumonia, que envolve uma consolidação irregular dos pulmões centrada em torno dos brônquios.

A história é diferente no caso da pneumonia lobar clássica, em que lóbulos inteiros do pulmão se tornam consolidados e sem ar. Esta variedade de pneumonia já estava em declínio antes do advento quer do M & B quer da penicilina.

Tenho em mente o caso do homem jovem e forte, na casa dos trinta anos, com um ou ambos os lobos inferiores dos pulmões completamente sem ar e sólidos, com uma temperatura em subida e a pele quente e seca, com uma coloração baça e com as narinas dilatadas pela fome de ar. Estas pessoas atingiam temperaturas que subiam até aos 105°F no momento da crise. O prognóstico dependia desta, que ocorria rapidamente, muitas vezes no espaço de doze horas, e que era acompanhada, nos casos destinados à recuperação, por uma descida acentuada da temperatura e por sudorese profusa. Muito frequentemente o doente encontrava-se delirante à aproximação — e durante — a crise.

Este era o quadro da vítima jovem ou de meia-idade de pneumonia nos anos vinte, certamente na minha terra natal, em Cumberland. Quantos médicos da minha geração podem dizer, de mão no coração, que este ainda era um quadro comum quando o M & B foi introduzido pela primeira vez? Certamente que já não o era quando a penicilina entrou em cena. É bom que um médico tenha fé naquilo que prescreve, mas essa fé não deve atingir o nível de êxtase religioso, e simpatizo mais com o clínico que me disse que alguns medicamentos faziam simplesmente o melhor que podiam.

O caso da tuberculose é ainda mais impressionante. Não se pode minimizar o efeito, nesta doença, da penicilina, da estreptomicina e de outras semelhantes, mas também aqui o recuo começou antes da introdução do grupo M & B e dos antibióticos. Na minha juventude, a admissão num sanatório era meio caminho

andado para uma sentença de morte. Nos anos quarenta, este procedimento era muito menos ominoso, embora a tuberculose continuasse a atuar nos dois extremos da vida. As crianças ainda contraíam tuberculose ganglionar a partir do bacilo bovino. Havia também uma tendência para que pessoas na casa dos sessenta anos desenvolvessem tuberculose pulmonar pela primeira vez. Antigamente, a tísica era uma doença do jovem romântico, mais do que do homem profissional já cansado. Certamente, a tuberculose era abundante no período romântico dominado por Scott e Byron, há cerca de um século e meio.

Enquanto a tuberculose já não é um assassino de massas, o cancro aumentou concomitantemente com o realismo cada vez mais depravado com que enfrentamos a vida. É uma das doenças mais especificamente devidas às vibrações do mal. Deve-se em parte ao facto de, nas últimas várias décadas, ter havido uma falta de vibrações curativas contrárias provenientes das nossas psiques, demasiadas das quais foram atraídas para o rebanho e para o mundo nos seus aspetos mais sombrios, e demasiado poucas para o espírito individualizado através do qual estabelecemos um contacto mais próximo com as vibrações curativas da fonte criativa última.

Ao estudar o padrão das doenças, vemos que, para além do aumento do cancro e da doença coronária, existe, nas últimas quatro décadas, um forte movimento das infeções e das grandes pandemias para as perturbações psicossomáticas e psiquiátricas. Há cem anos, as pessoas ainda morriam de epidemias de cólera na Europa. Em continentes menos favorecidos, centenas de milhares morriam de peste e febre amarela e das numerosas doenças tropicais causadas por bacilos e parasitas. Nos meus primeiros anos de prática, no início dos anos trinta, a difteria ainda era mortal, apesar do antitoxina, e as consequências da escarlatina e do sarampo podiam ser graves e permanentes. Existia ainda uma enfermaria de tifo num hospital próximo. Não tínhamos resposta para a pneumonia para além de bons cuidados de enfermagem. Nas duas primeiras décadas deste século, a diabetes, exceto nas suas formas mais ligeiras concomitantes com a idade, era fatal. O mesmo acontecia com a anemia perniciosa. Havia doenças como a septicemia e o tétano para as quais literalmente nada se podia fazer. A sobrevivência era inexplicável ou atribuída à intervenção direta da Providência.

Na nossa época assistimos a um enorme aumento das doenças psiquiátricas e psicossomáticas. Estas variedades de perturbação não são apenas uma substituição, mas uma consequência direta, das doenças físicas que as precederam. Não podemos escapar à nossa tendência inata para a morbidez de um tipo ou de outro. Se não tivéssemos a necessidade de ser aperfeiçoados, as

nossas psiques não seriam obrigadas a entrar e a reentrar na matéria. A substituição das doenças físicas por depressões e outras doenças psiquiátricas é facilitada pelo facto de estas últimas se exprimirem em termos das emoções básicas que a psique encontrou na sua marcha através da história. Estas perturbações psiquiátricas e psicossomáticas dizem respeito ao desespero, ao medo e à dúvida, à decisão e à vacilação, sobretudo ao bem e ao mal. No presente, vemos mais doenças a exprimir diretamente estas emoções e atitudes porque a psique humana, nas suas reações de massa, está mais ativa do que esteve em décadas anteriores.

A doença não é uma manifestação, mas um produto do mal. Para que um homem seja tornado inteiro, tem de ser tornado saudável, bem como sem pecado. Na doença física, a batalha está, em grande parte, velada. Ela surge mais à superfície nas perturbações psiquiátricas. Vemos a intensa preocupação com o que é certo e errado, como demonstrado pelo obsessivo meticuloso e por aqueles de constituição conscienciosa e depressiva. Vemos o impacto mais positivo do mal e os pensamentos compulsivos aterradores de causar dano aos outros, de que o obsessivo é vítima. Vemos um diabolismo positivo na possessão, incitando as suas vítimas à automutilação e ao suicídio. O aumento da doença psiquiátrica é um reconhecimento semiconsciente do facto de que nós, na nossa geração, estamos especialmente envolvidos no Armagedão contínuo entre o bem e o mal.

A última década assistiu a uma nova mudança. Dá-se hoje tanta atenção à psiquiatria que os poderes do mal, quer generalizados, quer exercidos através de transmissores desencarnados ou humanos, podem encontrar maior proveito noutros domínios. Isto não acontece porque exista algo de especialmente protetor na horda de psiquiatras e assistentes sociais que rodeiam o doente psiquiátrico. Muitos destes, em nome da emancipação, preocuparam-se de tal modo com a abolição da distinção entre o bem e o mal que, se alguma coisa, abriram a porta ao agressor. Mas a questão é mais subtil do que isto. Quando a massa da humanidade se habitua a exprimir a sua morbidez subjacente em sintomas psiquiátricos, desenvolve uma espécie de imunidade às tensões psicológicas que ela própria ajudou a produzir.

A tensão do mal começa a exprimir-se de outra forma que não através de sintomas psiquiátricos, como as condições obsessivas e depressivas. Revela-se de modo mais direto e lógico no crime. Uma boa parte deste é premeditada, por vezes abençoada com o álibi de um objetivo político, como nos atuais sequestros de aviões e raptos. Não se pode, contudo, deixar de observar o aumento de crimes de violência insensata e bestial, nos quais não parece existir

outro motivo senão o amor de matar e destruir por si mesmos. Muitos destes casos devem-se à possessão. Com o tempo, poderá acontecer que o homem adquira uma certa imunidade às doenças psiquiátricas e passe a exprimir cada vez mais a sua reação mórbida ao mal através do crime puro e simples.

Esta batalha entre o bem e o mal é, noutros casos, travada ao nível da doença física, como nos casos anteriormente referidos de cancro que ocorre na meia-idade em pessoas fortemente psíquicas, altamente desenvolvidas, desinteressadas, emanando bondade. A doença segue um curso curto, durante o qual vários desenvolvem memória distante de encarnações passadas. Estes cancros de evolução rápida em pessoas relativamente jovens podem ser vistos sob um duplo aspeto. Num sentido, são uma derrota, na medida em que a força do mal triunfou sobre a matéria dos seus corpos. Na última etapa das suas vidas, a sua capacidade emanatória funcionou a plena força e atraiu para si, com maior intensidade, as vibrações hostis do mal. Mas, embora o cancro tenha consumido os seus tecidos, a vitória final foi deles, porque conferiu às suas psiques a liberdade para se desenvolverem noutros mundos. Algo de semelhante ocorre em vítimas psíquicas de doença coronária, quando esta não surge como um processo terminal na velhice.

Neste capítulo introduzi o conceito de um inconsciente de massas. Jung falou de um inconsciente racial. Este parece-me um termo vago. Além disso, explica adequadamente por que mecanismo se forma a memória do passado e como funciona? O conceito de inconsciente de massas parece-me infinitamente mais sólido. Desde logo, podemos compreender mais facilmente a sua formação. Ele afirma de forma mais positiva a origem de qualquer consciência racial que possamos possuir.

O **inconsciente de massas** começa com a coalescência das psiques dos mortos que ainda permanecem ligadas à Terra por ambições ou desejos não realizados. Os porta-vozes do inconsciente de massas são entidades malignas desencarnadas que vagueiam na terra de ninguém entre este mundo e o seguinte, incapazes de se desligarem do magnetismo do primeiro. Os transmissores humanos também desempenham um papel, mas o poder predominante e predisponente do inconsciente de massas reside no movimento conjunto das psiques dos mortos.

A expressão deste poder provém da coalescência do lado sombrio das psiques dos vivos. É sobre este sistema palpitante de vibrações dos vivos que são impressos os padrões do inconsciente. É através do inconsciente de massas que a mudança no padrão das doenças é transmitida. É por seu intermédio que uma depressão universal retira a grandiosidade à paralisia geral dos alienados e

converte a manifestação de stress da perfuração da úlcera duodenal em trombose coronária. É pela mesma transferência, das camadas desencarnadas para as camadas vivas do inconsciente de massas, que os homens se tornam possuídos e recorrem à violência. A zona inferior da psique, influenciada pelo inconsciente de massas, instiga na personalidade o impulso para a violência.

É nos períodos em que a força do mal atinge o seu auge que os sistemas de doença impostos pelo inconsciente de massas mudam mais rapidamente. Falei de um desses períodos nos anos trinta, antes da Segunda Guerra Mundial, quando a mudança se expressou de forma mais dramática na passagem da doença física para a doença psiquiátrica e, em particular, na substituição, em certas doenças, de sintomas físicos por sintomas psiquiátricos. Encontramo-nos agora noutro período de pico, durante o qual os limites entre alguns aspetos da psiquiatria e do crime são quase irreconhecíveis.

Nos períodos em que a transição dos padrões de doença impostos pelo inconsciente de massas é mais rápida, a possessão é naturalmente mais comum, porque os padrões alterados são transmitidos por entidades invasoras. No final dos anos vinte e no início dos anos trinta, este fenómeno manifestou-se de forma particularmente dramática na doença conhecida como encefalite letárgica. Um historial comum era o de uma jovem na casa dos vinte anos, com sintomas ligeiros de gripe que duravam talvez dois dias. Ao fim de cinco ou seis semanas, notava-se que estava invulgarmente irritável e truculenta. Nos meses seguintes, o seu carácter alterava-se por completo e tornava-se irreconhecível em comparação com o que fora anteriormente. Pessoas ternas e atenciosas tornavam-se agressivas e de língua ferina. Mais tarde surgiam sinais de parkinsonismo, sob a forma de músculos espásticos e descoordenados, expressão facial em máscara e uma marcha arrastada, de passos curtos.

Não encontrei nenhuma outra doença em que uma infeção tenha provocado, em tão curto espaço de tempo, uma mudança total de carácter e personalidade. (Observam-se variações da personalidade nas fases finais de tumores cerebrais e de deterioração cerebral.) A encefalite letárgica foi única, no sentido em que, em todo o mundo, as pessoas, após uma doença aparentemente trivial, apresentavam a mesma deterioração cruel da personalidade. Este foi um exemplo da forma como uma entidade possidente pode reforçar a capacidade do inconsciente de massas para imprimir nas suas vítimas um determinado padrão. Estas entidades carimbaram as suas vítimas com os horríveis sintomas descritos. Nos anos quarenta, a doença estava em regressão. Não ouvi falar de um único novo caso há mais de trinta anos.

Acima de tudo, é a escuridão desencarnada superior do inconsciente de massas — isto é, a zona mais infiltrada pelas psiques dos mortos — que leva os homens a escolher a servidão e as reações de rebanho em vez da liberdade. Este é o ponto cardinal, acima de todos os outros, que deve ser visto e compreendido. O aspeto evolutivo da psique, tendendo para o espírito individualizado, orienta-se sempre para a luz e para uma individualidade inspirada, purificada do egoísmo, que, no entanto, reconhecerá o momento supremo em que a gota se funde no oceano e que estará sempre consciente, mesmo nos estratos mais elevados da consciência, da sua própria liberdade e evolução. É o lado sombrio da psique que alimenta o inconsciente de massas e assegura, sob a instigação das entidades desencarnadas que circulam através das suas brumas, que o homem seja cada vez mais escravizado pelo materialismo tribal que empobrece a psique.

É porque não tem em conta o inconsciente de massas que o conceito cristão ortodoxo da psique é inadequado. Esta é vista como uma plântula que cresce com a consciência. Uma tal psique seria, portanto, durante grande parte da sua vida, incapaz de registar e repetir as vibrações sombrias e tribais do inconsciente de massas. Além disso, ao implicar que a psique é uma espécie de quintessência de tudo o que há de melhor em nós, a conceção cristã não permite suficientemente o facto de a psique possuir tanto aspetos sombrios como luminosos, e de a batalha entre o bem e o mal se travar no seu interior, tal como na personalidade, mas com maior intensidade. Só quando atingimos o nível do espírito individualizado é que nos libertamos da sombra que existe em nós.

Ver-se-á que a conceção de psiquiatria aqui apresentada envolve a ideia de que a doença desta natureza está intimamente relacionada com a batalha entre o bem e o mal no plano psíquico. Para mim, esta perspetiva é vital. Isto não significa que seja a única forma de encarar a situação. Já referi que, para produzir uma doença, são necessários factores psíquicos, patológicos, bioquímicos, endócrinos e eletromagnéticos. Mas a batalha entre as emanações do bem e do mal é fundamental. Isto porque a doença psiquiátrica implica a separação e o isolamento do indivíduo e a destruição dos seus meios de comunicação. Implica também a fragmentação da personalidade. Esta pode ser total, como na demência da esquizofrenia. Pode não ser dramaticamente visível numa neurose moderada, em que o doente pode continuar a ter sucesso profissional e social. Mas a doença psiquiátrica impõe sempre a separação, que é um mal, porque a separação da personalidade da psique — e, através desta, do espírito individualizado — é um mal, pois constitui um abismo último entre nós e aquela fonte do ser de onde viemos e para a qual regressaremos. A bondade que acompanha a cura é uma retoma da nossa identidade cósmica, a convicção de

que fazemos parte de um padrão e o sentimento de que regressámos às nossas origens.

CAPÍTULO 15

O PAPEL DA POSSESSÃO NA ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia continua a ser um dos mistérios não resolvidos da psiquiatria. Entre as grandes psicoses, é a mais comum na Grã-Bretanha. Manifesta-se sob várias formas, todas caracterizadas por um afastamento da realidade. Um doente com depressão aguda ainda está neste mundo e é atormentado pela sua reação a ele. O esquizofrénico afasta-se dele e permanece, em grande medida, indiferente.

A doença pode surgir no final da adolescência ou no início da casa dos vinte anos, como aquilo a que outrora se chamava *demência precoce*. Um historial comum é o de um estudante promissor, e até potencialmente brilhante, que se torna tão absorvido em si próprio que é incapaz de dispensar muita atenção ou sentimento ao mundo exterior. As suas emoções, pelo menos tal como se manifestam externamente, são anormalmente superficiais. Parece desligado do ambiente, que enfrenta geralmente com um sorriso vago, tolo e muitas vezes marcadamente doce.

Este afastamento do mundo é frequentemente acompanhado por delírios e alucinações bizarras. Estas últimas raramente são claras e fáceis de descrever, pois são muitas vezes expressas numa linguagem metafísica em que lampejos de lucidez são interrompidos por torrentes de disparate.

O facto de o sistema delirante do jovem esquizofrénico se exprimir em termos quase metafísicos é de grande significado. É uma reflexão interessante do nosso tempo que tais sinais se manifestem hoje numa idade mais precoce, bastante frequentemente em meados da adolescência. Talvez o afastamento do mundo numa idade tão jovem ocorra porque a vida no nosso planeta se tornou progressivamente mais insuportável. As características esquizoides nos jovens manifestam-se em todas as classes sociais e em todos os níveis de formação cultural. É isto que torna a linguagem metafísica do esquizofrénico tão misteriosa e absorvente, sobretudo quando é proferida por um jovem mecânico. É como se um sonâmbulo estivesse a enunciar verdades sobre o Cosmos. É difícil transmitir por escrito a atmosfera destas afirmações. Observações que sugerem a existência de algo como o «interlúdio do céu superior» revelam os conceitos cósmicos confusos destas pessoas.

Há quarenta anos tratei muitos jovens esquizofrénicos, encaminhados para mim tanto pelo seu comportamento como pela sua conversa. Muitos eram enviados devido a condutas bizarras, a um esforço inexplicavelmente irregular ou insignificante no trabalho ou nos estudos, ou à incapacidade ou recusa total de se concentrarem nas questões básicas da vida. As ações e atitudes dos esquizofrénicos são tão descoordenadas quanto os seus pensamentos e sentimentos. Há frequentemente relatos de terceiros de que o doente parece carecer de sentimentos comuns e estar afastado da realidade.

Na sua conversa jargonalizada, meio intelectual, meio metafísica, era como se o doente tentasse exprimir o inexprimível. Diferia da conversa daqueles que tiveram experiências religiosas genuínas, na medida em que estes últimos normalmente reconhecem e admitem a inadequação das palavras. Era como se o jovem esquizofrénico tivesse vislumbrado aquilo que julgava ser a realidade e não tivesse percebido que essa realidade é, na sua essência, inexprimível, mas ainda assim se esforçasse por colocá-la em palavras, numa última tentativa desesperada de comunicação antes de se retrair mais profundamente em si próprio.

Estas observações aplicavam-se frequentemente tanto a jovens esquizoides de cultura negligenciável como a estudantes universitários. No que respeita a estes últimos, era por vezes difícil saber onde terminava a excessiva intoxicação por ideias e onde começava a esquizofrenia. Isto é de extrema importância, porque sugere que o esquizofrénico não instruído, ao falar a mesma linguagem, teve um vislumbre de outro mundo cuja natureza não consegue transmitir através da linguagem das ideias. É por esta razão que a conversa muitas vezes se degrada numa espécie de quase-poesia desconexa e confusa.

Quando, há três ou quatro décadas, o processo esquizoide prosseguia, era acompanhado por alterações características do porte e do comportamento. O doente, conforme o humor, caminhava com uma marcha arrastada e olhos sem brilho, ou com gestos extravagantes e pupilas fervorosamente luminosas. Apresentava-se desgrenhado e desleixado. Enfrentava as vicissitudes impostas pela sua condição — e a hospitalização que esta frequentemente acarretava — com um sorriso impotente e por vezes dilacerante.

Estes jovens apresentavam o aspeto de apóstolos falhados, tenuemente iluminados por uma vida interior em declínio.

Há quarenta anos, pessoas deste tipo eram consideradas, sem qualquer dúvida, anormais e classificadas como esquizofrénicas. Na última década ou

mais, pessoas com este aspeto são frequentemente encontradas nas ruas. Vêem-se hoje, em todas as cidades, jovens — sobretudo homens — que, nos meus primeiros tempos como médico, só teriam sido visíveis nos pátios de recreio de um hospital psiquiátrico. O apóstolo em ruínas, de rosto inspirado de forma ineficaz, era comum nos hospitais psiquiátricos de há quarenta anos e encontra-se hoje nos passeios.

Num certo tipo de esquizofrenia, a semelhança é impressionante. Nos meus primeiros anos de prática, encontrava-se uma variedade comum de esquizofrenia chamada **parafrenia**, em que o doente, além de apresentar as características esquizoides habituais com tendências delirantes, era impelido a adornar-se com toda a espécie de joias ou ornamentos bizarros e a vestir-se com uma irrelevância pitoresca, com peças de roupa alheias à época em que vivia e, na verdade, a qualquer período da História. O leitor não precisa que lhe recordem que esta descrição se aplica a muitos dos nossos apóstolos errantes contemporâneos. A senhora que tive de examinar e diagnosticar quando fiz o meu Diploma em Medicina Psicológica, no início dos anos trinta, era parafrénica. Não era nem de longe tão excessivamente adornada como muitas das que se podem ver em qualquer manhã em Bath, nos anos oitenta.

Temos entre nós uma proporção significativa de jovens que, pela sua aparência exterior, pela forma de vestir, pela marcha, pela atitude descoordenada e distante face ao que consideramos as lealdades necessárias da vida, teriam, há quarenta anos, recebido de qualquer psiquiatra o diagnóstico imediato de esquizofrenia. Se assim é, por que razão andam em liberdade? Em grande medida, por causa da alteração do clima da opinião geral. Pessoas que teriam parecido desajustadas há quarenta anos são agora vistas como parte daquela parcela considerável da população sem residência fixa ou emprego regular.

A doença segue a linha de menor resistência. Onde o Estado incentiva a retirada da luta através de subsídios, mais pessoas baterão em retirada. Pais levados ao desespero pela inacessibilidade emocional dos filhos e pela sua existência num mundo que lhes parece irreal, apercebem-se de que dezenas de milhares de pais e mães se encontram na mesma situação e aceitam, como versões gastas da normalidade, aquilo que antes teria sido visto como baixas psiquiátricas. Há quarenta anos, os hospitais psiquiátricos acolhiam de bom grado casos precoces de esquizofrenia, porque estavam ansiosos por remover o estigma das doenças mentais e dos hospitais que delas se ocupavam. Hoje, o Estado pretende reduzir o número de camas nesses hospitais e os médicos responsáveis são obrigados a acompanhar em regime ambulatório muitos

doentes que antes teriam considerado adequados para internamento. Isto não significa que todos os jovens apóstolos excessivamente ornamentados de hoje sejam, por certificação, insanamente doentes, mas um grande número teria sido outrora considerado anormal.

Estes criptosquizoides modernos diferem dos seus antepassados por serem mais coerentes e mais capazes de exprimir o que pensam e sentem. O seu afastamento é mais consciente. O mundo competitivo é materialista e contaminado e eles querem sair dele. São atraídos por — e vítimas de — diferentes variedades de meditação transcendental, que lhes oferecem vias de fuga que podem glorificar como oportunidades de evolução pessoal. Alguns recorrem a drogas para facilitarem a sua evasão de um mundo dominado pelo culto das posses e do poder. De um modo confuso, estão certamente preocupados com as atividades de um componente imortal para além da personalidade.

Estes desajustados mais coerentes fundem-se num grupo de maior potencial em que a conduta bizarra e não regulada, a ética elástica, a sexualidade promíscua e a inércia mental disfarçada de passividade criativa da psique se associam à compreensão de questões como a reencarnação e à perceção das vibrações do bem e do mal. Alguns são psíquicos, particularmente precognitivos, e descrevem com perfeita clareza os seus episódios psíquicos, mas têm menos êxito em transmitir a sua atitude geral perante a vida.

Não estou a forçar a questão ao insistir que todas as pessoas coloridas e aparentemente descomprometidas que descrevi são esquizofrénicas plenas e que devem ser tratadas como tal. Todos nós temos uma constituição particular que garante que, se entrarmos em colapso, a condição psiquiátrica de que sofrermos será desenvolvida a partir de traços já presentes no nosso carácter. Entre os ingleses, os perfis obsessivo e esquizoide são os mais comuns. O que é significativo é o facto de a incidência de jovens inegavelmente esquizoides ter aumentado consideravelmente nas últimas décadas. As preocupações e atitudes dos grupos contemporâneos que descrevi são basicamente as mesmas que as dos que eram oficialmente designados como esquizoides há trinta ou quarenta anos. Em ambos os casos, a psique efetua uma retirada grosseira das exigências da personalidade num mundo dominado pelas manifestações aquisitivas e agressivas desta última.

Tal como, na anorexia nervosa, a personalidade deseja facilitar a fuga da psique da matéria através do mecanismo grosseiro de reduzir a carne do corpo, assim, nestes estados esquizoides, a atenção é retirada do ambiente sob a impressão errada de que a psique se desenvolve por meio dessa fuga. Esta foi e

é a atitude de alguns dos ascetas mais extremos e instáveis de todas as denominações. É tristemente falaciosa, porque a psique não pode escapar ao seu destino que, quer gostemos quer não, é habitar a carne e enfrentar os problemas e agressões inseparáveis de estar associada à personalidade inevitavelmente presa na selva da existência.

Em certa medida, o esquizofrénico é um místico falhado. Vê uma realidade para além daquela que o mundo oferece. Comete o erro primário de tentar alcançá-la intelectualmente, em vez de a deixar desenvolver-se no seu devido tempo. Este tatear intelectual revela-se no jargão pseudo-filosófico com que procura explicar o seu afastamento da vida. Está no pólo oposto ao obsessivo. Este último é muitas vezes um psíquico que, receando a realidade que o chama, se protege através do apego às aquisições e disciplinas deste mundo. Revela-o pelo impulso que exibe e pelo perfeccionismo que exige de si e dos outros. Muito frequentemente exclui a realidade filosófica, enchendo a vida de forma antinatural e impondo o ritmo aos outros. Bastas vezes esse ritmo é demasiado intenso. Até certo ponto, o esquizofrénico é vítima do obsessivo. É, afinal, este que, pelos seus impulsos, impõe um ritmo totalmente demasiado extenuante para o esquizoide.

O impulso obsessivo estava bem disseminado na nossa sociedade nos dias de construção do Império, quando o ímpeto, o perfeccionismo e a conscienciosidade eram exigidos aos que mantinham o Império coeso. Agora, no nosso declínio, notamos que o número de tipos esquizoides está a aumentar. O mundo é, para eles, um lugar contaminado e não há líderes, movidos por impulsos mais construtivos, que estimulem o jovem esquizoide a abandonar o seu mundo errático e descoordenado.

Essencialmente, o esquizofrénico vive num vazio. A sua técnica de afastamento deste mundo é o abandono do pensamento e do sentimento. A força da sua psique está esgotada porque a exerceu demasiado pouco. Por muito que reconheçamos que, em última análise, a psique tem de se separar da personalidade, nesta vida só pode aprender a partir do ego humano integrando-se com ele. Neste vazio criado pela psique esgotada do esquizofrénico, aparecem os sete demónios. É bastante varrer-se, por desprendimento, deste mundo; mas pouco se ganha se, como resultado de um vazio emocional antinatural, se adquirem habitantes de que seria melhor prescindir. O esquizofrénico, na fase de *demência precoce*, está, de facto, a preparar-se para a possessão.

Antes de considerar o papel da possessão na esquizofrenia, convém examinar teorias alternativas quanto à sua causalidade. No início do século, era

mais uma daquelas doenças hereditárias em que o sistema nervoso central demonstrava a sua vulnerabilidade inata. Se isso implicasse apenas uma exaustão excessiva, o doente escapava com neurastenia, um termo guarda-chuva usado para designar qualquer variedade do que hoje se chamaria tendência neurótica. Nessa altura, não tolerávamos disparates sobre factores ambientais, exceto para indicar — quando socialmente possível — que o indivíduo predestinado deveria viver uma vida tão livre de stress quanto possível e alcançar, cedo, por esforço nosso, aquele estado de nulidade que a natureza lhe destinara para uma fase posterior.

Mais tarde, a investigação baseou-se na ideia de que existiam, no esquizofrénico, falhas físicas do sistema nervoso e deficiências das células cerebrais responsáveis pela doença. Mott ganhou notoriedade com trabalhos desta natureza, que ninguém conseguiu verificar. Na fase em que a sepsis explicava tudo, Graves foi chamado a invocá-la para dar conta da esquizofrenia.

Grandes números de esquizofrénicos foram "curados" pela remoção de dentes, vesículas biliares e outros órgãos que, no momento, atraíam atenções. Ninguém, desde então, obteve tais resultados. Quando se tornou claro que as glândulas endócrinas influenciavam a personalidade, era razoável esperar que alguma anomalia glandular estivesse relacionada com a esquizofrenia. Não apareceu nenhuma. Pareceu surgir uma aurora com o advento de Freud. «Afastamento da realidade» era uma expressão que se enquadrava bem nos ensinamentos do mestre vienense. Gradualmente, foi-se tornando claro para os freudianos que há uma diferença entre causa e efeito e que o afastamento da realidade era um sintoma e não uma causa. Se alguma coisa se destacou com clareza no mundo, foi que os esquizofrénicos, de todas as pessoas, eram totalmente imunes à terapêutica freudiana. A causa desta doença permanece um mistério, a menos que se considere a evidência de possessão.

Mais cedo ou mais tarde, a investigação laboratorial descobrirá alguma peculiaridade bioquímica indubitável associada à esquizofrenia. É nesse sentido que nos movemos neste momento. Estão a surgir tratamentos farmacológicos muito mais eficazes para esta condição. Mas mesmo a descoberta de uma causa bioquímica última não responderá à questão de por que razão ocorre uma tal anomalia clínica e do que é que, no padrão do destino, determina que alguns indivíduos nasçam com esta falha e outros não.

O que se destaca do estudo dos sintomas, uma vez ultrapassada a fase inicial, simples e de afastamento, é o comportamento, os sentimentos e os pensamentos fragmentários e incoerentes do esquizofrénico. Ele nunca parece tornar-se suficientemente sintetizado para perfazer um único indivíduo que

funcione corretamente. É como se várias personalidades conversassem em conflito dentro dele ao mesmo tempo, como se se tentassem calar umas às outras, como se uma aconselhasse a quietude e a outra uma violência sem propósito.

As pessoas falaram da existência, no esquizofrénico, de múltiplas personalidades, mas isso não é possível. A personalidade múltipla é uma obsessão de romancistas. Sabemos que a expressão «Ele parece ter uma dupla personalidade» se tornou um coloquialismo. Em termos científicos, é uma impossibilidade. É sedutor pensar no Dr. Jekyll durante o dia e no Mr. Hyde durante a noite, mas isso serve para leitura nas noites de Inverno. Não é adequado aos maiores rigores da realidade fria.

A personalidade humana é algo tecido pela passagem do tempo a partir da reação entre o ser humano e o seu meio. Ele nasce com o impulso de construir a personalidade. O tipo de personalidade que alcança é, em certa medida, determinado à nascença pela constituição glandular e química que herda. Esta é a sua dotação inata. Ela é moldada pela sua reação ao ambiente familiar e social. Nisto, é produto dos seus desejos e ambições. Aquilo que constrói para si é o compromisso que estabelece entre si e o rebanho que procura controlar os seus desejos ilícitos. O resultado final é um amálgama de desejos e ambições para o futuro e de arrependimentos pelo passado.

Não se pode simplesmente dividir um desejo ou uma ambição em dois e atribuir cada metade à construção de personalidades separadas. Não se podem construir duas personalidades lado a lado. Se um homem parece ser duas pessoas, isso não pode ser explicado em termos de personalidade. Pode ser simplesmente uma questão de humor, quando as oscilações de humor são extremas. Um maníaco que encomenda duas dúzias de pianos de cauda por acreditar ser o homem mais rico do mundo parece um ser diferente quando desce às profundezas de uma depressão com intensa autocrítica e se acredita arruinado. Um esquizofrénico em remissão, exibindo algum autocontrolo, pode parecer um ser totalmente diferente da criatura mental e fisicamente descoordenada que era no auge da sua perturbação.

Ao procurar a causa última da esquizofrenia, aproximamo-nos da verdade se pensarmos no esquizofrénico como dirigido por várias **psiques** e não por várias **personalidades**. Tipicamente, ele é possuído, não por uma, mas por várias entidades. A possessão por uma única entidade pode explicar aquilo a que, para bem ou para mal, romancistas e leigos continuarão a chamar dualidade de personalidade, mas isso não corresponde aos factos. O Dr. Jekyll é bom de dia e possuído por um monstro à noite. Este conceito de uma única entidade

possidente é demasiado lógico e razoável para explicar a esquizofrenia. Tanto Jekyll como Hyde são de uma peça só. São inteiramente bons ou totalmente maus. Na esquizofrenia típica não há coerência nos diferentes papéis desempenhados pelo mesmo indivíduo. Todos estão em conflito entre si. Creio que temos de admitir que esta incoerência de pensamento, sentimento e comportamento observada no esquizofrénico se deve ao fenómeno da **possessão múltipla**.

Não há dúvida de que a possessão desempenha um papel considerável nas fases iniciais da esquizofrenia e nas variedades posteriores da condição que lhes sucedem. O esquizofrénico inicial sente, de forma diluída, experiências cósmicas percebidas e sofridas mais agudamente pelos possessivo-depressivos mais desenvolvidos que mencionei anteriormente. É totalmente incapaz de compreender ou assimilar essas experiências, ou de criar algo a partir delas.

Quando o doente é basicamente esquizofrénico, não ocorre qualquer desfecho produtivo — como o dom da cura ou a libertação da memória longínqua — como recompensa pelos seus sofrimentos, embora alguns adquiram uma faculdade efémera para poesia e arte abstratas. A possessão começa quando o tipo de esquizofrénico de *demência precoce* está bem estabelecido na sua condição, ou quando é permeável à influência psíquica, que o seu próprio empobrecimento psíquico o impede de compreender.

Com frequência, ele passa então para um estado **catatónico** ou **hebefrénico**. Em ambos, o elemento de afastamento da realidade torna-se cada vez mais evidente. A fala e a ação são igualmente fragmentadas e desprovidas de sentido. Há muitas vezes uma discrepância completa entre o humor e as circunstâncias dominantes. O esquizofrénico parece feliz quando deveria estar triste e triste quando tem todas as razões para estar feliz. Tanto na catatonia como na hebefrenia, o doente é vítima de delírios e alucinações, frequentemente descritos numa linguagem bizarra e completamente desintegrada, o que torna a sua interpretação difícil ou impossível.

Na catatonia, o doente adota atitudes rígidas que consegue manter durante horas. Pode, por exemplo, quando lhe pedem, levantar o braço acima do ombro e mantê-lo nessa posição elevada até lhe ser dito para o baixar, horas depois. Nisto, manifesta a sua resposta rígida e estereotipada à palavra ou ao gesto. Por vezes pode adotar atitudes semelhantes sem que seres vivos lho peçam. Isso acontece porque é assim instruído por entidades desencarnadas.

Outra forma de catatonia envolve excitação sustentada, sem propósito e inexplicável, muitas vezes acompanhada de violência. Aqui, as entidades

desencarnadas atuam a plena pressão. A excitação catatónica é de dois tipos principais. No primeiro, o doente pode estar completamente imóvel, com um rosto inexpressivo, aparentemente esvaziado de todo o pensamento e emoção. Assemelha-se a alguém que, no decurso da meditação, contactou o vazio último. Depois, sem aviso e com uma súbita terrível, lança-se do assento e comete atos de violência. Por mais experientes que sejam os médicos e enfermeiros que assistem estes doentes, mais cedo ou mais tarde tornam-se vítimas de tais ataques. Estes caracterizam-se pela sua súbita ocorrência, pela violência e por serem completamente não provocados. São dirigidos pela entidade desencarnada contra uma pessoa em particular. Tais manifestações catatónicas são frequentemente breves. Após o ato de violência, o doente cai num estado de quietude. Estes lampejos súbitos de violência, surgindo de um estado que parece de total passividade, são menos comuns do que os estados de excitação mental prolongada e de hiperatividade física em que a fala e as ações do doente são totalmente desorganizadas. Nestas formas de excitação catatónica, a possessão é mais prolongada.

Não se pode fugir à conclusão de que, na esquizofrenia catatónica, estamos a lidar não apenas com uma entidade possidente, mas com várias. Não há nada de vago nas maquinações de uma única entidade possidente poderosa, uma vez reconhecida a sua presença. Ordena isto ou aquilo, e o doente traduz em ação muito do que ela diz, consoante o grau de depressão ou desorientação de que sofre. O que pode resultar é autodestruição ou automutilação ou, num plano menor, obscenidade explosiva e não provocada e vitupério. Com a possessão múltipla da esquizofrenia catatónica, o quadro é mais confuso. A violência e a não violência são pedidas ao doente ao mesmo tempo. O mesmo acontece com a quietude e a excitação, com o desejo de comunicar e o isolamento total do mutismo. De todas as explicações oferecidas para a esquizofrenia catatónica, a de possessão múltipla é a melhor.

No estado de hebefrenia, o quadro é totalmente diferente. O doente está quieto, em vez de estar desatinadamente hiperativo. É significativo que a hebefrenia normalmente se siga ao estado catatónico. O doente hebefrénico está, na verdade, mais próximo do estado de demência em que a esquizofrenia progressiva termina. Permanece sentado, imóvel, durante horas ou dias no mesmo lugar, com saliva a escorrer da boca, indiferente às necessidades naturais e incapaz de se alimentar ou beber. Desceu ao nível de um vegetal humano. Esta demência é o resultado final da possessão. Geralmente segue-se à excitabilidade do estado catatónico, tal como a demência termina a excitação agitada das convulsões em epiléticos idiopáticos. (Alguns doentes estão de tal modo possuídos que passam diretamente do estado afastado e emocionalmente cego

da *demência precoce* para a hebefrenia, sem o estado intermédio de catatonia.) A comparação entre o estado hebefrénico que se segue à esquizofrenia catatónica e a demência após epilepsia idiopática justifica-se porque é extremamente raro um esquizofrénico ter convulsões epiléticas. Por outras palavras, existem, em ambas as doenças, diferentes métodos de afastamento da realidade que atingem o mesmo fim.

Em alguns casos, a hebefrenia alterna com catatonia, quer da variedade estereotipada quer da excitável. Esta permutabilidade representa variação no grau de atividade das entidades possidentes. É muito significativo que a terapêutica electroconvulsiva seja usada com sucesso considerável no tratamento da esquizofrenia. É empregue em dois conjuntos de circunstâncias. Primeiro, é administrada se o doente entrar numa fase depressiva. Isto é compreensível, porque o tratamento elétrico é reconhecido como terapêutica ortodoxa para depressões profundas. Segundo, é usado *faute de mieux* quando o tratamento medicamentoso disponível para a esquizofrenia se revelou ineficaz. Os resultados obtidos pela terapêutica electroconvulsiva nesses casos são bastante bons, embora não necessariamente duradouros. Provavelmente, os casos em que o tratamento elétrico atua melhor são aqueles em que a possessão desempenha um papel importante. Aqui, a terapêutica electroconvulsiva atua «explodindo» a entidade possidente.

Mencionei a **parafrenia**, a variedade de esquizofrenia caracterizada por vestuário excessivamente decorativo e adereços bizarros. Isto ocorria tipicamente no final da menopausa ou nos anos que se lhe seguiam. Este quadro já não é uma síndrome comum. Talvez as tendências excessivamente decorativas dos jovens, com a sua aptidão para se cobrirem de símbolos cujo significado apenas compreendem vagamente, ofereçam, numa idade mais precoce, a expressão da tendência parafrénica de outros tempos. É a velha história de a doença seguir a linha de menor resistência. A tendência parafrénica é agora aceite como quase social. Já não precisa de ser classificada como sintoma. Talvez o uso de tantos amuletos funcione como uma saída saudável para aquilo que antes era um sintoma de doença. Afinal, apenas uma parte dos pseudo-profetas excessivamente ornamentados e carregados de amuletos, entre os menores de trinta anos, é hoje reconhecida, segundo os padrões atuais, como necessitando de tratamento hospitalar.

No extremo do espectro esquizofrénico, temos os paranoicos de idade mais avançada. Esta doença manifesta-se frequentemente na casa dos cinquenta anos. Os doentes exibiram anteriormente um temperamento esquizoide, na medida em que se mantiveram afastados da realidade, reservados, hostis e

desconfiados. No paranoico, o afastamento é mais dos seus semelhantes do que da realidade. Ao ser reservado e pouco comunicativo, é fundamentalmente mais hostil do que uma pessoa que sofre de *demência precoce*. É a única variedade de esquizofrénico que exibe persistência da vontade. O paranoico não a usa para romper as nuvens das suas tendências delirantes. Estas acompanham-no até ao fim da vida, mas permanecem em grande parte não expressas. Não é habitualmente alucinado. Não acredita estar a ser perseguido por misteriosas correntes elétricas e coisas do género. Na verdade, a sua não é uma perturbação da perceção. Está intelectualmente fora de prumo e alimenta-se de puro delírio.

Estes indivíduos acreditam estar expostos à inimizade de organizações secretas inexistentes ou de indivíduos isolados que lhes desejam mal. Toda a sua vida emocional parece estar centrada no seu sistema delirante. São motivados por um medo e um ódio patológicos (e por vezes homicidas) em relação àqueles que consideram seus inimigos — sejam estes minorias políticas nos seus países, por exemplo judeus numa comunidade gentílica, ou católicos num mundo protestante, ou o inverso. Nestas pessoas, a força do mal é transmitida através da sua psique e converte a personalidade num instrumento de ódio e medo. Alguns são possuídos. Entre estes contam-se os agitadores que, muitas vezes aparentemente inócuos na vida privada, adquirem, quando confrontados com uma multidão, uma espécie de *afflatus (inspiração súbita e intensa)* não divino, sob cuja instigação uma turba histérica é levada a acreditar no estado de delírio que sai da boca do demagogo paranoico.

Tais demagogos são instigadores de linchamentos, pogroms e vendedores das ideias raciais mais extremas. Apegam-se a essas ideias com uma fixidez notável e argumentam a seu favor com uma lógica estranha e febril que, por vezes, parece admissível — exceto por se basear em premissas inteiramente falsas. Apesar de uma aparência de intelectualismo, há uma vacuidade interior nestas pessoas que as torna amplamente abertas à possessão, o que se revela nos epítetos gritados com que inflamam os seus comícios de massas. Alguns agitadores paranoicos deste tipo são mais diretamente motivados pela força do mal, mas a possessão, quando ocorre, é sempre por uma única entidade.

Os horrores sistemáticos e sem desvio de Hitler seguiram um padrão peculiar que não poderia ter sido produzido por uma pluralidade de entidades possidentes como a que ocorre na esquizofrenia catatónica. Estes transmissores do mal por entidade única, juntamente com aqueles em quem o mal se manifesta como força geral, não exibem a profusão de sintomas fragmentados apresentada pelas vítimas obscuras e autodestrutivas de outras formas de esquizofrenia. O mal manifesta-se de forma mais direta e associa-se de maneira

tão destrutiva à realidade e aos assuntos deste mundo que os crédulos são incapazes de o reconhecer pelo que é.

Ainda assim, os grandes assassinos malignos deste mundo não são, na sua maioria, possuídos. Os exterminadores científicos de sangue-frio, como Estaline e Mao, atuam como transmissores de uma força geral do mal sem estarem possuídos. A sua própria capacidade de ódio cego, prolongado e sem lucidez constrói um cabo por onde a corrente do mal no universo pode convenientemente descarregar-se. Tais pessoas são almas mortas, mais do que possuídas. «Alma morta» é um termo relativo, visto que as psiques nunca podem verdadeiramente morrer. Esta fase indica uma psique a afundar-se na inanição e a vibrar num ritmo tão baixo que apenas consegue captar os ódios e depravações coletivos do inconsciente de massas.

Em figuras mundiais como Estaline, o elemento paranoico é menos evidente do que em pessoas que atuam numa escala menor. Estaline, embora infinitamente mais nocivo, não era certificavelmente insano como, por exemplo, um paranoico homicida que acredita delirantemente ter sido vitimizado por um paquistanês numa cidade inglesa. Matar milhões de kulaks por resistirem à sua política tinha uma lógica hedionda própria. Fielding disse que aquilo que é um vício num homem pequeno pode ser uma virtude num grande. Podemos emendar isto para a afirmação de que o crime isolado com vítimas únicas pode ser patológico, ao passo que certos tipos de assassínio em massa são classificáveis como *Realpolitik*.

Tenho vindo a acreditar que, hoje em dia, em alguns casos, prestamos demasiada atenção à questão: este ou aquele crime é insano ou racional? Isto pode parecer uma atitude dura ou desumana, mas na verdade não tenho qualquer *parti pris* nesta matéria. Em determinada fase da minha carreira, fiz muito trabalho médico-legal e quase sempre para a defesa. Nunca compareci sem estar satisfeito de que o arguido tinha uma anomalia psiquiátrica. Nesses dias, era necessário distinguir entre o animal doente caçado pela sociedade e o criminoso de sangue-frio.

Hoje, o quadro é diferente. A questão de saber até que ponto o malfeitor é um caso psiquiátrico é menos importante do que o grau em que está infiltrado pela força do mal. O ponto em causa, no presente, é que estamos confrontados com tantos agentes do mal que eles constituem uma ameaça à nossa civilização, e é quase académico discutir se, ou em que grau, são psiquiátricos ou criminosos. A maioria é uma mistura de ambos, e o paranoico ocupa um lugar de destaque nessa categoria.

Os paranoicos mais perigosos são notoriamente difíceis de internar por certificação. Não é próprio dos paranoicos apresentarem-se voluntariamente para tratamento. Os paranoicos de hoje têm um campo de ação mais vasto do que outrora. Antigamente, alguns tornavam-se assassinos dedicados à eliminação de figuras públicas infelizes que alegavam tê-los prejudicado, ou de causas com que se identificavam. Hoje, atendendo ao domínio intelectual que exercem sobre outros e à força motriz de que dispõem através da intensidade dos seus delírios, tornam-se líderes de organizações anarquistas.

Outros tornam-se instigadores dos cultos do mal com que este país e outros estão impregnados. Os seus alvos incluem miseráveis desafortunados que acreditam tê-los insultado, ou membros especialmente bons da sociedade que consideram obstáculos difíceis de ultrapassar no seu desejo de instaurar um reinado do mal. Em grupos deste tipo, dotados de um ardor incessante por paranoicos de longa duração, atuando como transmissores da força do mal, a adoração do mal torna-se automática.

Pode parecer incrível que os homens passem da adoração de Deus para a do Diabo, mas isto é suficientemente lógico se o indivíduo tiver, como tantos têm, uma ideia depravada de Deus como distribuidor de recompensas e castigos. Se o Diabo oferece maiores recompensas, então ele irá, em comunidades em decomposição e em tempos decadentes, atrair recrutas para cumprir o seu propósito. Um renascimento da bruxaria e da magia negra incorpora a atividade de vários paranoicos de sangue-frio desta natureza, nos quais o ódio é um substituto da fé, porque o ódio é a força motriz necessária para persistir na obra do mal.

Alguns paranoicos penetram não apenas em cultos do mal, mas também em certos movimentos pretensiosos e aparentemente éticos que nos rodeiam e que visam elevar, por métodos de grupo, o nível de consciência do indivíduo. O esvaziamento interior alcançado por tais técnicas entrega alguns dos imaturos e sugestionáveis à força do mal.

Tudo isto é lógico, se o encararmos com desapego. A guerra entre as forças do bem e do mal trava-se na intimidade dos nossos próprios corações e, no cosmos, de modo muito mais amplo, profundo e elevado do que alguma vez imaginámos. Em paranoicos desta natureza, a psique quase morreu. Ficou mirrada sob o constante sopro do vento leste do mal. Em seu lugar, o paranoico fabricou para si uma arma puramente intelectual, um destilado último da vontade, que usa para concentrar sobre a sua vítima as vibrações venenosas residuais — tudo o que resta da sua psique. Apesar da sua lógica muitas vezes imponente e de um brilho falsamente cintilante, o paranoico é o ápice do

afastamento esquizoide. Está tão afastado da realidade que, para todos os efeitos, a sua alma está morta dentro dele.

Apesar do papel da força generalizada do mal na esquizofrenia paranoide, no conjunto é a possessão que desempenha o papel principal na esquizofrenia. As reações esquizoides precoces, pelo seu processo de esvaziamento interior, preparam o terreno para ela. A sua influência é cardinal e dramática nos estados catatónicos. Exerce-se com um peso esmagador na hebefrenia e na demência com que o processo esquizofrénico termina. Opera em alguns casos de paranoia.

Esquizofrenia traduz-se, com razão, por «mente dividida». Nada alcança esse estado com tanta eficácia como a possessão. A natureza fragmentária do pensamento e do comportamento esquizofrénicos deve-se ao facto de o indivíduo estar habitado por uma coleção não harmonizada de entidades desencarnadas.

O factor das drogas na possessão

O que facilita a possessão na esquizofrenia é a fragmentação da personalidade, que faz desta uma presa das psiques possidentes. Isto acontece também noutras condições associadas à dissolução da personalidade. Crimes cometidos por pessoas que sofrem de degeneração extrema das artérias cerebrais são explicáveis deste modo. É bem conhecido que indivíduos idosos — quase sempre homens — são por vezes sujeitos a ataques de violência aparentemente inexplicáveis dirigidos a esposas, filhos ou amigos a quem foram devotados durante anos.

Estes crimes caracterizam-se pela falta de motivo e de causa precipitante, pela ausência de qualquer evidência anterior, mesmo de irritabilidade, e pela sua extrema violência. A patologia conhecida nesses casos pode envolver demência com verdadeira deterioração das células cerebrais, ou subnutrição destas por deterioração extrema das artérias do cérebro. O factor desconhecido que desencadeia os sintomas para os quais o sujeito está predisposto por essas causas físicas é a possessão por entidades desencarnadas ou, mais raramente, por transmissores humanos. Mais uma vez, trata-se de entidades diabólicas que invadem para preencher um vazio antinatural.

É muito importante que tais casos sejam reconhecidos como explicáveis pela possessão. Generalizações vagas sobre a perda de controlo e a instabilidade emocional que ocorrem na degeneração cardiovascular das artérias cerebrais não nos dizem nada. O diagnóstico correto é importante por causa da possibilidade de a condição se repetir. É importante que estas pessoas idosas,

por muita piedade que nos inspirem, não estejam em posição de repetir crimes instigados por entidades possidentes.

O estado de vazio psíquico em que ocorre a possessão pode ser facilitado pelo uso de certas drogas. Uma «viagem» de LSD é uma experiência esquizoide induzida quimicamente. Nela, o indivíduo efetua uma investida vertiginosa e, no espaço de segundos, atravessa vários planos de consciência. A personalidade desintegrou-se pelo efeito da droga. O sujeito vê e sente agora no plano psíquico mas, como aquilo que vê é induzido artificialmente e não está relacionado com o seu desenvolvimento psíquico, toda a experiência é mórbida e perigosa. A personalidade fragmenta-se do mesmo modo que na esquizofrenia. O indivíduo comprime num curto espaço de tempo aquilo que um esquizofrénico catatónico excitável manifesta ao longo de anos. A psique subitamente exposta, presa ao andaime da personalidade a que se habituou, é, em alguns casos, tomada por outras psiques. Sob a instigação destas, cometem-se crimes de violência.

Sempre que não é ilusório nem patético, é francamente sinistro negar que isto é precisamente o que acontece com o L.S.D. e com algumas das outras drogas com que as pessoas experimentam nos dias de hoje. Desde tempos imemoriais se sabe que os doentes podem enlouquecer sob a influência de drogas. As frenéticas orgias que se seguem à ingestão do cogumelo sagrado são um exemplo disso. O objetivo da administração de tais drogas é destruir o autocontrolo do indivíduo. Mas o que significa esta última expressão quando é usada para descrever frenesis orgiásticos homicidas? Não implica outra coisa senão a possessão. O efeito de certas drogas fortes é afrouxar os laços entre a psique e a personalidade. Este efeito assemelha-se ao induzido por doenças graves e debilitantes, por uma sucessão de grandes enfermidades ou por um esgotamento profundo.

Com certas drogas, uma mudança alucinatória súbita no grau de perceção do doente é induzida por uma libertação demasiado abrupta da psique das restrições da personalidade. Estes relaxamentos prematuros do domínio da personalidade sobre a psique são seguidos pela substituição desta por entidades invasoras. Estas psíquicas mais obscuras são aquelas que ainda se sentem atraídas pelo magnetismo da matéria terrestre e pelas vibrações dos sistemas de poder que nela prevalecem. Isto predispõe a frenesis coletivos. A psique, nos seus aspetos mais sombrios, capta as vibrações propícias a reações de rebanho. É por esta razão que drogas como o L.S.D., administradas em doses fortes — algo frequente na época atual —, induzem efeitos orgiásticos descontrolados

que muitas vezes resultam em frenesis de multidão, violações coletivas e homicídios.

Não pode haver dúvida de que, entre os manifestantes violentos de há alguns anos, havia muitos cujos cânticos, comportamentos de dervixe e violência irracional foram induzidos por drogas. Um certo número dessas pessoas tornou-se alucinado e delirante nos seus frenesis provocados por drogas. O padrão de comportamento é esquizoide e, em particular, esquizoide catatónico, exceto pelo facto de ser induzido farmacologicamente.

Uma nova luz sobre a toxicodependência pode ser extraída do estudo destes casos. Nos meus primeiros tempos como médico, essa dependência era considerada — e com razão — uma situação sem esperança do ponto de vista terapêutico. Presumia-se que, salvo raras exceções, a morfinomania era incurável. Em grande medida, era e continua a ser assim. No entanto, alguns doentes contemporâneos, uma vez dependentes das drogas alucinogénias mais recentes, têm conseguido abandoná-las definitivamente sem grande sofrimento em termos de sintomas de abstinência. Isto pode não envolver um grande número de casos, mas é significativamente superior ao que se esperaria de um toxicodependente há quarenta anos. Tal deve-se ao facto de as drogas duras em uso nas décadas de vinte e trinta não produzirem alucinações, exceto nas fases finais de toxicidade.

Há quarenta anos, as drogas de eleição eram os analgésicos morfina e heroína. Estas não alteravam os níveis de consciência com a rapidez das modernas drogas alucinogénias. Não perturbavam a personalidade de forma tão extrema e súbita. Não havia, portanto, qualquer elemento de possessão. A droga, por si só, seguia o seu curso desintegrador, ao contrário das preparações alucinogénias como o L.S.D., que permitiam a entidades possessoras induzir sintomas de tipo esquizoide. Ao mesmo tempo, essas entidades tendem, com as variações no clima do mal, a afastar-se por iniciativa própria. É por esta razão que o jovem dependente de drogas alucinogénias consegue muitas vezes abandoná-las sem a agonia dos sintomas de abstinência que se seguem à separação do morfinómano ou do dependente de heroína da sua droga específica. Por vezes, as entidades possessoras afastam-se porque, com a maré crescente do mal na atmosfera, a possessão se torna um instrumento menos potente do que a força generalizada do mal.

Entre as drogas comuns e antigas, o álcool também pode induzir possessão. Isto acontece raramente, possivelmente porque nos habituámos a ele ao longo de milénios. Por vezes, a possessão ocorre quando um homem fica violentamente embriagado e agressivo, mas na civilização ocidental apenas a

condição rara de *manie à potu* pode ser atribuída a esta causa. Nesta condição, o doente torna-se incontrolavelmente excitável e pode enlouquecer com a ingestão de uma quantidade mínima de álcool.

O padrão de comportamento exibido por uma sensibilidade bioquímica tão extrema ao álcool pressupõe a existência de um tipo de sistema nervoso análogo ao daqueles epiléticos em quem variações do nível de consciência podem ocorrer com uma «súbita catástrofe», conduzindo — no caso da *manie à potu* — a um estado maníaco e furioso e, no da epilepsia, à perda de consciência. As pessoas com *manie à potu* devem estar especialmente condicionadas, e não apenas do ponto de vista bioquímico, à possessão.

A *manie à potu* é o resquício, na civilização europeia, de um estado de possessão induzido pelo álcool que ocorre em comunidades menos sofisticadas. Mesmo povos de nível cultural relativamente elevado, como os maoris, são notoriamente suscetíveis ao álcool. Um amigo meu do Serviço Colonial dizia que o mesmo se aplicava aos fijianos, que descrevia como pessoas particularmente afáveis e bondosas até ingerirem bebidas alcoólicas.

A possessão também pode ocorrer na dipsomania. Este termo é por vezes usado de forma vaga para indicar qualquer tipo de alcoolismo crónico grave. Na realidade, trata-se de uma condição bem definida em que o indivíduo pode abster-se totalmente do álcool durante meses, sem desconforto e sem esforço de vontade. De repente, um desejo irresistível de álcool atinge-o num segundo, com a velocidade e a força de um relâmpago. Conheci um homem que, após meses de abstinência total, se tornava completamente incontrolável depois de apenas dois copos de xerez. Esta resposta anormalmente súbita, em homens fortes, a uma dose mínima de álcool assemelha-se, no que diz respeito à hiper-excitabilidade manifesta, ao que acontece na *manie à potu*.

Recordo-me de um médico que desempenhava o seu trabalho de forma conscienciosa e útil durante meses consecutivos e que, na excitação bizarra da sua dipsomania, desfilava para cima e para baixo num restaurante público como se estivesse de serviço de sentinela, recitando as minhas habilitações — eu era então o seu superior — perante uma audiência pouco impressionada. Na dipsomania, o doente torna-se possuído antes de regressar à bebida. O seu consumo é um ato compulsivo ditado pela entidade possuidora. Mais tarde, quando a ingestão excessiva de álcool começa a produzir efeitos, os sintomas que manifesta apresentam a incoerência fragmentária característica da esquizofrenia.

Tem-se dito dos alcoólicos em geral que são místicos falhados. Trata-se de um exagero dramático, mas contém um elemento de verdade, na medida em que alguns alcoólicos não estão apenas a fugir às preocupações deste mundo, mas têm a visão de um mundo melhor. Certamente, em muitos alcoólicos existe um afastamento da realidade, frequentemente instigado por uma convicção de inferioridade pessoal. Esta atitude resulta numa maior descontração com pessoas de uma classe social inferior à sua. Fortificados pelo álcool, escapam para um mundo de sonho em que se sentem em comunhão com os outros. Alcançam uma falsa aparência de extroversão que se dissipa com o regresso à sobriedade. A passagem de um estado de quase ou total embriaguez para a consciência clara não é uma descida da mania para a depressão. É um regresso relutante à realidade dura e, sendo assim, o mecanismo de fuga é análogo a uma reação esquizoide.

Existe um factor psíquico no alcoolismo em geral? Não disponho de provas convincentes nesse sentido. Mas, por mais cautelosos que devamos ser nas nossas opiniões sobre os alcoólicos em geral, não pode haver dúvida de que muitos dipsomaníacos são médiuns falhados ou em vias de falhar. Os sintomas da dipsomania surgem frequentemente quando o doente é incapaz de suportar um excesso súbito de clarividência. Deve notar-se que existe uma forte tendência para a periodicidade nesta doença. Muitos possuem uma perceção aguda das atmosferas e recorrem ao álcool para fugir ao mal que parece persegui-los. A fuga para o álcool é singular na medida em que a própria entidade maléfica os conduz à garrafa. Esta condição varia em incidência em diferentes regiões das Ilhas Britânicas. Afeta mais os celtas do que os anglo-saxões, e os habitantes vulneráveis das Terras Altas, dotados de um sexto sentido, contam-se entre as suas vítimas particulares.

CAPÍTULO 16

OS PSICOPATAS, OS PROPAGANDISTAS DA DECADÊNCIA

O psicopata é uma categoria de doente que aumentou enormemente nas últimas três décadas. O próprio termo é relativamente recente na história da psiquiatria. Nem sequer era mencionado em muitos manuais utilizados pela minha geração de estudantes de medicina. Embora a palavra «psicopata» seja usada com grande liberalidade, nunca foi definida com rigor. Pode-se dizer que o psicopata está predestinado a reagir com anomalias psiquiátricas ou comportamento antisocial às causas mais triviais ou mesmo sem qualquer causa aparente. À primeira vista, isto recorda o histérico, que também reage de forma excessiva a estímulos menores. O psicopata distingue-se pelo facto de as suas reações se dirigirem contra a sociedade no seu todo, enquanto o histérico procura apenas dominar o seu círculo imediato. As tendências psicopáticas são, sem dúvida, inatas. As reações histéricas são, em certa medida, moldadas pelo meio ambiente.

Uma característica marcante de muitos psicopatas é a aparência superficial de serem dotados ou mesmo brilhantes. Certamente não parecem de modo algum limitados e podem ser fisicamente e socialmente atraentes. Respondem bem ao exame psiquiátrico. Entrevistam-se bem e comportam-se mal. Surgem frequentemente como vigaristas e ganham a vida como predadores eloquentes e imponentes, alimentando-se da credulidade e da indefesa dos outros. Noutros casos, a violência é desencadeada por trivialidades ou sem causa alguma, e o indivíduo pode tornar-se — e permanecer — homicida.

Na maioria dos casos, é impossível encontrar qualquer causa ambiental verdadeiramente atenuante para o comportamento dos psicopatas. Do mesmo modo, a sua hereditariedade é muitas vezes irrepreensível, embora alguns provenham de famílias neuróticas. Não respondem ao tratamento psiquiátrico nem, se cometem crimes, ao castigo. Com efeito, o diagnóstico de «psicopata» é frequentemente confirmado por esta ausência de resposta. O psiquiatra hesita em diagnosticar precipitadamente uma condição que implica uma incapacidade congénita e incurável de distinguir entre o bem e o mal. Apesar desta cautela por parte do psiquiatra, é evidente que o número de psicopatas está a aumentar rapidamente.

É muito significativo que, na década de trinta, aceitássemos a existência de uma classe rara de doentes conhecida como imbecis morais. Estes eram descritos em livros sobre deficiência mental congénita, mais do que nos

dedicados à psicose e à neurose. Tratava-se de uma situação estranha, porque estes imbecis morais eram frequentemente inteligentes, embora classificados como deficientes mentais — uma observação que os autores dos manuais não deixavam de salientar. O termo «imbecil moral» implicava que o doente simplesmente não sabia distinguir o bem do mal e nascera sem sentido moral.

Fomos cuidadosa e justamente ensinados a ser extremamente prudentes ao formular um diagnóstico deste tipo. Penso que esta atitude tinha origem na relutância dos respeitáveis autores do final da era vitoriana e eduardiana em aceitar que as pessoas pudessem nascer más. Sentiam que tal constituía uma afronta ao Todo-Poderoso. O que era ainda mais importante, e indubitavelmente correcto, era o facto de os nossos professores nos dizerem que encontraríamos muito poucos imbecis morais e que, se ao longo de uma vida profissional encontrássemos mais do que um punhado deles, a nossa capacidade diagnóstica seria questionável.

Este último ponto é de enorme importância. Não há dúvida de que aquilo a que, antigamente, chamávamos imbecis morais eram, na realidade, psicopatas. A designação ainda não figurava nos livros. Fazíamos o diagnóstico de imbecilidade moral tão raramente porque tão raramente ele se justificava. Esta é uma questão crucial. Hoje, o número de imbecis morais — agora designados psicopatas — aumentou enormemente.

O comportamento inevitavelmente antisocial do psicopata terá uma base física? Nada de conclusivo foi descoberto. A sua instabilidade emocional e a sua violência verbal e física não provocada, juntamente com a sua inteligência superficial, pouco criativa e por vezes até brilhante, assemelham-se a alguns casos da doença de Little. Esta última é uma patologia frequentemente atribuível a lesões cerebrais ocorridas no parto e caracteriza-se por espasticidade muscular e marcha incoordenada, combinadas com acessos de fúria e violência sem motivo concreto. Trata-se de uma variedade do que é vulgarmente designado por espasticidade. Nem todos os casos da doença de Little apresentam historial de traumatismo no parto. Essa causa é ainda menos evidente no psicopata.

Aquilo com que nos confrontamos é mais uma manifestação de morbilidade que aumentou enormemente no mundo conturbado das últimas três ou quatro décadas. Podemos, se quisermos, argumentar que a atual vaga de violência, violação, rapto, incêndio criminoso e homicídio sem sentido motiva tudo o que há de mau no psicopata, ao proporcionar-lhe maiores oportunidades, mas isso está longe de ser toda a história. O efeito da época em que vivemos é mais direto. Hoje nascem mais psicopatas do que há quarenta anos. Eles são

essencialmente fabricados pela tensão acrescida do mal e pelos tempos em que vivemos. Estes produzem não apenas os sintomas, mas também a psique congenitamente contaminada.

Na conversa, o psicopata tende sempre a engrandecer-se para além da escala humana. Também o faziam o maníaco de outrora e o paralítico geral, mas nesses casos tratava-se de estados delirantes, e o psicopata não pode ser considerado psicótico. Embora se saiba que ele constitui uma ameaça potencial enquanto burlão ou assassino, é extremamente difícil, à luz da legislação atual, interná-lo num hospital psiquiátrico. A sua mentira patológica não é manifestamente absurda como os delírios do antigo paralítico geral, que, sem qualquer prova, se descrevia como o homem mais rico ou o melhor atleta do mundo.

A mentira do psicopata é menos francamente delirante. As suas falsidades podem pintá-lo maior do que a vida, mas ele transmite uma impressão de talento, de origem social elevada e até de cultura. Além disso, a sua grandiosidade não é acompanhada, como no maníaco, por qualquer exaltação do humor. Lança informações sobre os seus feitos, posses e coleções com uma confiança elegante e pouco afirmativa, que impressiona não apenas os crédulos.

É muito importante que o psicopata contemporâneo compreenda a linguagem e os objetivos da psiquiatria. Ele não exprime a sua perspicácia superficial, mas aparentemente cintilante, sobre os motivos humanos no jargão fragmentário e metafísico do esquizofrénico. Utiliza as crenças psicológicas correntes para justificar as suas próprias ações. Conhece todo o discurso mecanizado sobre os sintomas produzidos em crianças não amadas e rejeitadas e cita-os com um sentido de oportunidade perfeito. Assemelha-se ao diabo a citar as Escrituras para os seus próprios fins. Muitos assistentes sociais enganados e inexperientes consideram os psicopatas vítimas de injustiça familiar e social, com a esperança genuína de conseguir operar uma cura.

Para aqueles que conhecem bem os tipos do vigarista e do *flash Harry*, o psicopata parece estar sempre a representar um papel. Atua de forma tão contínua que cria a ilusão de realidade. Na verdade, não está a atuar, mas a ser atuado. Está tão possuído e é tão automático no seu comportamento quanto o esquizofrénico. Alguns tentam descartá-lo como um criminoso vulgar. Tal é insustentável, porque o criminoso comum não possui a capacidade de se justificar de forma tão impressionante. Definitivamente, não cita as Escrituras para seu proveito. Ele mente, por assim dizer, de forma direta, para evitar as consequências dos seus atos.

Estes psicopatas eloquentes, persuasivos, burlões e desviadores de fundos não são produtos de uma sociedade permissiva, mas um complemento dela. São os propagandistas da decadência. No fim das civilizações, as entidades desencarnadas mais sombrias reúnem-se como abutres nas margens da consciência humana. Possuem pessoas cujas psíquicas funcionam sobretudo nos seus aspetos obscuros, isto é, aquelas que captam impressões mais das tendências atuais da manada neste mundo do que daqueles mundos que nos são abertos pelo espírito individualizado. Em épocas de decadência, estas psíquicas mal nutridas utilizam, para os seus próprios fins, a linguagem contemporânea da decadência. Nesta era, o tipo vigarista utiliza, para alcançar os seus objetivos e se exonerar dos seus crimes, os erros mais ressonantes da psiquiatria contemporânea.

Existe uma ligação direta entre o aumento do número de psicopatas na comunidade e o aumento da corrupção nos nossos tempos. Alguns dos envolvidos em casos de corrupção em larga escala neste país apresentam, indubitavelmente, tendências psicopáticas. Outros estão apenas a ser preparados como parte de um processo cósmico que, com o tempo, nos garantirá mais psicopatas em cada geração.

O aumento do número de psicopatas e, consequentemente, dos possuídos, é um acompanhamento invariável da decadência da civilização. O aumento do número de psicopatas decorre em paralelo com o aumento da anarquia. Vemo-lo nos indivíduos espiritualmente vazios e sem rosto, que preservam a aparência da forma humana, mas que literalmente não podem chamar suas às próprias almas, tendo-se alugado como assassinos para este ou aquele movimento específico.

Porque ouvimos falar tanto de agentes duplos e de pessoas com um pé em cada campo? Porque estamos a lidar com psicopatas congenitamente incapazes de lealdade e de humanidade, ou de fidelidade a qualquer país, código ou ideologia, embora frequentemente finjam possuir todas essas virtudes. Os psicopatas são muitas vezes altamente apresentáveis. Este tipo difere totalmente das multidões anarquistas em debandada que vemos na televisão quando as manifestações atingem o auge. Os psicopatas precisam de preservar a aparência de respeitabilidade para destruir tudo aquilo que reivindica ser respeitável. Fundem-se naturalmente com os políticos verdadeiramente traiçoeiros, com os ricos manipuladores do mercado e com os fanáticos pobres que possuem uma queixa genuína, todos eles diferentes dos psicopatas na questão crucial de saberem distinguir o bem do mal.

O político corrupto, caçador de dinheiro e traiçoeiro sabe que está a errar, como o demonstra o cuidado que tem em ocultar as suas ações e em pintar os seus motivos sob uma luz mais elevada do que aquela que justificam. O psicopata é moralmente nulo, mas ambos os tipos parecem iguais ao público e, em tempos como os que vivemos, um é necessário ao outro. Os psicopatas mais bem-sucedidos são possuídos pelas entidades mais hábeis e malevolentes e, apesar disso, são tolerados nas margens da sociedade. Podem falhar por pouco a entrada na Lista de Honras, mas têm amigos que lá chegaram. Os fracassos relativos, isto é, os casos mais ligeiros, são os que acabam simplesmente na prisão.

Um certo número de psicopatas consome álcool e drogas em excesso. Alguns derivam para isso porque vivem em meios contaminados, mas noutros casos o consumo excessivo de drogas e álcool é instigado por entidades possessoras. Há alguns anos, quando as manifestações violentas começaram a tornar-se comuns, o número de possuídos entre os participantes ativos era considerável. Os jovens e raparigas de olhar vazio e gritos estridentes, com os rostos contorcidos numa espécie de êxtase maligno, encontravam-se perigosamente afetados. A sua possessão fora facilitada pelo uso de drogas. Estas, juntamente com os cânticos rituais utilizados nas manifestações, são mecanismos empregues para quebrar a resistência do indivíduo, aumentar o poder da entidade possuidora e permitir a prática do crime em geral e do crime violento em particular.

Esta indução da possessão não é apenas facilitada por drogas, álcool e cânticos de slogans ditos políticos, atuando sobre uma base psicopatológica. Também se observa nos relaxamentos atualmente promovidos pela sociedade, na repetição constante de refrães tribais, acompanhados por posturas corporais invariáveis e grotescas, sob a instigação de líderes de bandas e músicos publicamente conhecidos como consumidores de drogas. Tais fenómenos são equivalentes aos ritmos tribais, presididos por feiticeiros, utilizados em comunidades primitivas para quebrar a resistência e facilitar frenesis homicidas e orgiásticos.

Pode parecer fantasioso que pessoas classificadas numa categoria psiquiátrica desempenhem um papel importante na sociedade e estejam em crescimento, mas certamente deveríamos ter aprendido, com a última guerra, que o poder corrompe e que o poder absoluto corrompe absolutamente, a ponto de aqueles que o exercem se tornarem frequentemente vítimas psiquiátricas. Hitler estava possuído ou era instrumento da força generalizada do mal. Estaline enquadrava-se certamente nesta última categoria. Göring foi, em

tempos, morfinómano, e Hess e Streicher eram indubitavelmente psicologicamente anormais.

Aquilo que o psicopata procura é sempre o poder para si próprio, que alcança quer através da aquisição de dinheiro com a ajuda de uma língua suave, um fato bem cortado e maneiras persuasivas, quer infiltrando-se na liderança de alguma organização dita política cuja atividade é o assassinato. O pacto profano entre os elementos apodrecidos da vida pública que, no entanto, ainda reconhecem a diferença — mesmo que a ignorem — entre o bem e o mal, e os psicopatas mais capazes, é um dos fenómenos mais aterradores exibidos pela nossa sociedade.

Qual é a cura para tudo isto? A questão é académica. Terá ajudado os romanos dos dois últimos séculos da decadência continuar a perguntar qual era a cura para aquilo que estavam condenados a suportar? É inevitável que, na guerra contínua entre as forças do bem e do mal, o equilíbrio de poder oscile a favor de um ou de outro em diferentes momentos. É nosso infortúnio termos nascido numa das épocas mais sombrias. Não existe qualquer panaceia pessoal que possamos recomendar para reduzir de forma significativa e súbita a tensão do mal na atmosfera. Não podemos dispersar as malignas entidades desencarnadas que nos rodeiam como se fossem mosquitos sensíveis a cargas de inseticida.

Tudo o que podemos fazer é seguir aquilo que os grandes profetas de todas as épocas e credos nos ensinaram: que um bom ato brilha mais intensamente num mundo mau e que, por mais negra que seja a situação global imediata, não temos meios de avaliar as vibrações distantes e contínuas de qualquer bem que possamos irradiar. Recordemos, mais uma vez, que nenhum profeta digno desse nome alguma vez nos prometeu um paraíso nesta terra. A função dos grandes filósofos e transmissores da verdade revelada é permitir-nos compreender que podemos, mesmo no campo de batalha da nossa existência neste planeta, aprender lições que nos permitirão enriquecer as nossas experiências nas melhores oportunidades concedidas noutros planos.

O psicopata, sendo imune ao tratamento, é uma das grandes dores de cabeça do psiquiatra. Encarcerá-lo num hospital psiquiátrico é difícil de conseguir. Ele só fica lá enquanto isso lhe convém, muitas vezes para evitar a prisão, e é uma influência corruptora sobre doentes sugestionáveis à sua volta. A agitação em favor de unidades especiais para psicopatas é frequentemente promovida por trabalhadores entusiastas, de juízo comprometido, que nunca aprenderam que, neste mundo, é nosso dever, enquanto médicos, ver os outros como são e não como gostaríamos que fossem. Certamente, o diretor de

qualquer unidade especial para o tratamento de psicopatas deveria insistir em que o doente fosse detido por um período de tempo concreto; caso contrário, tais instituições só podem funcionar como hotéis de terceira categoria, onde o psicopata obtém cama e pequeno-almoço enquanto evita as consequências dos seus atos.

Por outro lado, devemos hesitar durante muito tempo antes de diagnosticar um ser humano como psicopata. Não é coisa leve riscar alguém, não apenas como caso sem esperança, mas como incapaz de distinguir entre o bem e o mal. Conheci pessoas que sofreram esta indignidade e que se revelaram vítimas de outras condições psiquiátricas e evoluíram muito bem quando lhes foi dado o tratamento adequado.

CAPÍTULO 17

HOMOSSEXUALIDADE, BESTIALIDADE E COMPAIXÃO SEXUAL

A história da homossexualidade no nosso tempo deveria, se formos honestos, ser para nós uma lição. Nas minhas primeiras três décadas de prática, ela colocou um grande problema por várias razões. (Toda a gente, sobretudo os leigos, falava de como as mães "fabricavam" homossexuais por desejarem raparigas em vez de rapazes e por vestirem estes como tal.) Em primeiro lugar, era tão inacessível ao tratamento. Os resultados obtidos eram deploráveis. Nunca curei um homossexual. Permiti a alguns viver com e controlar as manifestações daquilo a que talvez seja melhor chamar a sua particularidade. Não creio que os meus resultados tenham sido piores do que os de qualquer psiquiatra honesto.

Ora, de todas as condições, a homossexualidade deveria, teoricamente, ter sido a mais acessível à psicoterapia. Não assentava a teoria freudiana da sexualidade, em larga medida, no erotismo anal? Pessoas emocionalmente fixadas nesse nível tenderiam a ser homossexuais devido à sua predileção pela zona erógena anal. No entanto, a aplicação de princípios freudianos no tratamento teve um efeito negligenciável na cura de homossexuais. Ninguém admitia que um tratamento nessas linhas deixava o homossexual tão rigidamente devotado à sua particularidade como sempre.

De passagem, deve assinalar-se uma anomalia gritante na teoria sexual de Freud sobre a origem das perturbações psiquiátricas. Presumia-se que o erotismo anal dizia respeito apenas ao coito entre homens. Mas, certamente, a fixação na zona erógena anal não pode explicar tanto a homossexualidade como os atos em que o homem tem relações com uma mulher *per anum*. Isto é,

seguramente, um exemplo extremo de querer ter o bolo e comê-lo ao mesmo tempo.

A segunda razão por que a homossexualidade era um problema tão grande para o médico consciencioso era que as penas para esta prática eram bárbaras. O coração de uma pessoa sangrava por estes indivíduos, porque eram caçados pela sociedade e tão pouco se podia fazer por eles. A verdade é que, no fundo do coração, nenhum homossexual desejava ser diferente. Pedia tratamento para evitar as consequências dos seus atos, ou aceitava-o porque juízes ou magistrados o exigiam depois de ouvirem prova médica da defesa. O homossexual era por vezes bissexual e frequentemente casado, quer como capa para a sua homossexualidade, quer como tentativa desesperada de se curar dela.

Note-se que estou a falar exclusivamente de homossexuais masculinos. Só estes interessavam à lei. Os cavalheiros que redigiram os estatutos contra invertidos deste tipo pareciam ignorar que a homossexualidade entre mulheres era possível.

Com a implementação do Relatório Wolfenden, poder-se-ia ter inferido que o número de homossexuais a apresentar-se para tratamento aumentaria enormemente, agora que o seu desvio — exceto com menores — deixara de ser punível. Nada disso aconteceu. Os homossexuais deixaram de se apresentar nas consultas externas ou no consultório. Na realidade, nunca quiseram fazê-lo porque, muito simplesmente, os homossexuais nascem, não são feitos. Nos maus velhos tempos, condenar um homem por homossexualidade equivalia a enforcá-lo pela cor do cabelo. Uma vez revogada a punição, o homossexual recusou etiquetar-se como doente.

O número dos que praticavam abertamente a homossexualidade aumentou. Os hesitantes tornaram-se praticantes ativos. Foi mais um exemplo de o comportamento humano escolher, para a sua expressão, o canal mais disponível.

Quando digo que os homossexuais nascem, não são feitos, faço a ressalva de que há aqueles que, como marinheiros e rapazes de colégios internos, recorrem a outros homens quando são excluídos do contacto com mulheres. Isto é muitas vezes descrito como passar por uma fase homossexual, e o facto de os indivíduos em causa mais tarde se voltarem exclusivamente para as mulheres é usado para provar que pelo menos um tipo de homossexual é curável. Não aceito isso.

Antes da era permissiva, com a subida do ímpeto sexual na adolescência, o rapaz tinha de escolher entre a masturbação, algum contacto com o seu próprio sexo, ou tinha de contentar-se com as suas emissões noturnas da adolescência. A esmagadora maioria optava pela primeira via. Uma pequeníssima minoria, filhos de fanáticos puritanos, limitava-se ao terceiro "prémio de consolação", mas duvido que fossem mais do que meia dúzia. Tal utilização circunstancial, na adolescência, do homem pelo homem não é homossexualidade. Mas o verdadeiro homossexual nasce assim. Se também tem mulheres na vida adulta, é porque é bissexual.

Devemos agora aceitar que a homossexualidade, por já não ser criminalizável e por ser discutida livremente, é por isso completamente normal e não deve ser encarada como um desvio? O facto de se nascer homossexual inclina os benevolentes para essa posição, mas também se pode nascer homicida, e é dever dos guardiões da sociedade controlar as atividades de cada um. Hoje em dia, mais pessoas se inclinam para a ideia de que a atividade sexual de qualquer tipo, desde que não envolva brutalidade ou manipulação dos jovens, não deve ser tecida no tecido dos sistemas morais. Ainda assim, continua a ser essencial compreender a etiologia da homossexualidade.

A psique de muitos homens possui qualidades femininas. Muitas vezes, quanto mais rude o homem, mais isto é verdade. A personalidade essencialmente masculina, aparentemente carregada de agressividade e autoafirmação, pode ter uma psique altamente percetiva que dota o indivíduo da compaixão intuitiva e dos maiores atributos psíquicos da mulher.

Conhecem-se homens inequivocamente masculinos que são maravilhosamente ternos com bebés e pequenos animais, bem como com mulheres. Estes homens não são, em sentido algum, efeminados. A maioria dos homens com psíquicas bem coordenadas, de tipo feminino, é indiscutivelmente masculina ao nível da personalidade — e sobretudo ao nível sexual. Com a sua personalidade, enfrentam a selva da existência, lutam pelas suas mulheres e têm relações com elas. Ao nível da psique, reverenciam a Deusa-Mãe ou, como prefiro chamar-lhe, seguindo Goethe, o Eterno Feminino. Nisto, participam apenas num processo que é a base de toda a cultura e civilização: a substituição do princípio masculino egocêntrico e agressivo pela criatividade passiva e intuitiva do feminino.

O homossexual não consegue alcançar a coordenação entre personalidade e psique que permite ao homem civilizar-se sem perder a virilidade. A sua psique reconhece a realidade do Eterno Feminino e a necessidade de aceitar a sua orientação, mas a personalidade não consegue submeter-se completamente à

direção da psique. Em alguns casos, a personalidade é suficientemente influenciada pela psique para permitir ao indivíduo desenvolver uma capacidade intuitiva que lhe permite saber o que uma mulher está a pensar ou a sentir. Incluem-se aqui os homossexuais gentis e refinados, que mantêm amizades sinceras e duradouras com mulheres. Não têm qualquer desejo de ter relações com elas e, de facto, a ideia repugna-lhes. Muitos destes homens estão a avançar no sentido de reencarnar como mulheres.

Nem todos os homossexuais são tão agradavelmente pouco assertivos. Há o tipo em que a tendência da psique para seguir o chamamento da Deusa-Mãe é reprimida com maior ferocidade. Isto manifesta-se sobretudo em dois tipos. No primeiro, como compensação pelo fracasso da personalidade em controlar totalmente o movimento da psique em direção ao Eterno Feminino, surge a doutrina da superioridade masculina, não apenas na ideia de que o ato sexual com mulheres é repugnante, mas também na convicção insustentável de que praticamente toda a cultura foi produzida por homossexuais. Esta afirmação ridícula recebe atenção séria na Grã-Bretanha, cujos habitantes não parecem compreender que um homem pode ter afeição por outro sem ser homossexual ou, pior ainda, nauseantemente sentimental. Tennyson não era homossexual simplesmente por ter chorado a morte de Arthur Hallam em *In Memoriam*.

Associada a estas ideias está uma tradução idiota da palavra "platónico", até se ficar com a impressão de que a principal função de Platão foi produzir propaganda para a homossexualidade.

Esta repressão da reação da psique masculina ao Eterno Feminino, à Deusa-Mãe ou à Virgem Bendita — conforme o caso — vê-se naqueles homens em quem a adesão rígida a sistemas teológicos atinge o nível obsessivo. Os sistemas teológicos, ao contrário das revelações religiosas, são sempre produto do homem agressivo. É função da mulher viver a verdade e do homem mutilá-la pela organização. Alguém ouviu falar, no mundo moderno, de uma religião de alguma envergadura organizada por uma mulher? (Não me refiro a movimentos evangelísticos efémeros, orientados para o lucro, dirigidos por mulheres. A Ciência Cristã não é uma religião, mas um sistema psicológico.)

As diatribes de John Knox e semelhantes contra o monstruoso governo das mulheres são, seguramente, homossexualidade reprimida. Pode argumentar-se que poderiam ser igualmente prova de heterossexualidade ferozmente reprimida, mas a ideia puritana da mulher como contaminante aponta, seguramente, mais para a homossexualidade reprimida.

Não há vinte anos que uma minoria valente de médicos, confrontada com a sugestão chocante de que as suas próprias esposas pudessem ser autorizadas a acompanhá-los a um jantar de uma sociedade clínica, optou por organizar um sombrio banquete rival, num hotel local, do qual as esposas foram excluídas. A maioria destes senhores, por força do país onde nasceram, pertencia ao que se poderia chamar uma ala esquerda protestante. Embora seguramente irrepreensíveis nas suas vidas, nas profundezas — ou será nas superficialidades? — da sua consciência, estes senhores eram guiados, em certa medida, por um impulso homossexual reprimido e de baixa intensidade.

Naturalmente, a doutrina da inferioridade das mulheres foi, durante séculos, perfeitamente aceitável para o homem heterossexual, para alguns dos quais a mulher não era mais do que o brinquedo e o consolo do guerreiro; mas aqueles em quem tal atitude persiste em meados do século XX suscitam o pensamento de que a sua preferência pelo próprio sexo é, sem dúvida, sincera, ainda que algo desviada.

As igrejas ritualistas, também elas, nos fornecem indícios da ligação entre a homossexualidade e a preocupação obsessiva com a teologia. No meu tempo em Oxford, os termos anglo-católico e homossexual eram considerados por alguns como sinónimos. Era, naturalmente, um exagero escandaloso, mas tinha algum fundamento. Os alegados passatempos de um colégio de inclinações *High Church* produziram, creio eu pelas mãos de um autor católico, um poema merecidamente imortal mas — mesmo nos dias de hoje — não facilmente citável.

Esta ligação entre a homossexualidade e o ritual religioso obsessivo, de qualquer matiz, não é difícil de compreender. Vimos que os atos compulsivos do homossexual obsessivo são uma resposta reflexa ao impacto do mal. O teólogo em quem a doutrina da superioridade masculina assenta na homossexualidade está a usar o seu ritual para se proteger daquilo que considera ser o mal: a mulher, contaminante universal. Que esta atitude é uma questão viva foi mostrado há alguns anos na Igreja Anglicana, quando um Arcebispo de Cantuária, em tempos pré-Wolfenden, lamentou, de certos pontos de vista, que o adultério já não fosse crime e acrescentou que a homossexualidade entre párocos era melhor tratada ao nível pastoral, isto é, com uma conversa acolhedora, em vez da intervenção da lei. Isto é, seguramente, um exemplo mal disfarçado do conceito da mulher como contaminante usado como base para uma atitude teológica. O Arcebispo era tido como um homem santo e, pelo que sei, venerado em particular por mulheres devotas. Não pode haver ocupação

mais recompensadora do que contemplar a veneração feminina por eclesiásticos homossexuais.

A formação de grupos de padres "*gay*" é uma afirmação aberta da ligação entre certos sistemas teológicos e a homossexualidade. É significativo que, entre os diferentes *métiers*, os padres tenham sido os primeiros no terreno. Se existem grupos de pressão especiais para camionistas "*gay*" ou horticultores de mercado "*gay*", são-me desconhecidos. Em contraponto, existe o culto mariano católico-romano. É fácil criticá-lo, sobretudo se não se é católico, mas nada menos do que Jung o viu como a característica mais esperançosa do panorama europeu.

Por vezes, somos tentados a perguntar de que se faz tanta questão e a notar que as civilizações grega e romana lidavam com os seus homossexuais e bissexuais com leveza. Certamente, a sua atitude é preferível ao "encolher-se perante vícios inomináveis" que persistiu na Europa até depois da Segunda Guerra Mundial. O que inquieta é haver fortes indícios de que o número de homossexuais aumenta no fim de uma civilização. Isto foi verdade na Alemanha, em declínio até à barbárie do Terceiro Reich. É verdade na Grã-Bretanha e até em França.

Devemos recordar sempre que, em muitos — mas de modo nenhum em todos — homossexuais, o princípio da superioridade masculina é firmemente sustentado. Esta atitude contribui para o aumento do poder do mal porque ajuda a reforçar os impulsos agressivos e assertivos do masculino à custa da compaixão intuitiva do princípio feminino, que não é apenas a base de toda a verdadeira civilização, mas também o alimento necessário para nutrir a psique e torná-la mais capaz de experiência religiosa.

Relações com animais

Outros problemas sexuais com que me deparei nos meus primeiros anos de medicina, sobretudo no trabalho médico-legal, tornaram-se mais claros para mim nos últimos anos. O primeiro caso importante em tribunal com que lidei envolvia um jovem muito apresentável e simpático, acusado de fazer avanços a um cavalo. Fiz um estudo intensivo das bibliotecas médicas e nada encontrei sobre o assunto. Não havia registos de casos semelhantes. A acusação concordou com a defesa em que se tratava de uma questão médica. Talvez tenham sido um pouco influenciados pela natureza fantástica dos sinais e sintomas. Fazer amor com um cavalo não lhes tinha passado pelo caminho.

Havia características psiquiátricas no caso que me permitiram, conscienciosamente e sem fazer tijolos sem palha, convencer o juiz de que o

doente precisava de tratamento, mas hoje sinto que falhei o essencial e que as mitologias antigas entram em processos deste género. Ninguém no tribunal, eu incluído, compreendeu verdadeiramente por que motivo o impulso do arguido para fazer tais avanços era irresistível. O facto de tais casos terem sido não só puníveis como considerados horríficos revela a nossa desesperante ignorância quanto à importância da herança mitológica.

Na mitologia, o fazer amor entre humanos e animais é um lugar-comum. Pasífae era um produto de Europa e de um touro. O deus Zeus assumiu a forma de um touro para esse fim. Como Jung descobriu, estas recordações alegóricas da mitologia continuam a desempenhar um grande papel na psiquiatria e, em particular, na esquizofrenia. O jovem que tocava os genitais do cavalo estava a realizar um ritual pagão do qual esperava extrair força. Haverá alguma diferença radical de motivo entre isto e as crenças francamente pagãs, inevitavelmente — e, vistas na devida perspetiva, inofensivamente — incorporadas na crença cristã?

As pessoas que praticam atos como os do meu doente estão limitadas por possuírem apenas uma recordação fragmentária do que aconteceu numa encarnação passada, ou uma evocação isolada de um único elemento de um ritual há muito morto. Se estivessem presentes outros sinais, como por exemplo os da esquizofrenia, o diagnóstico teria sido mais fácil. No caso referido, não existiam tais características psicóticas dramáticas.

As relações com animais domésticos como gatos, cães e aves são difíceis de explicar numa base freudiana. A doutrina do erotismo oral, anal e, por fim, vaginal, falha quando lidamos com orifícios de animais. As pessoas viciadas em tais práticas são frequentemente primitivas e rurais, mas certamente não o são necessariamente e não são, em geral, deficientes. Também aqui nos deparamos com a influência e o cumprimento parcial de mitologias antigas.

Deve entender-se que estas práticas não são meramente a vivência de alegorias derivadas de mitologias antigas. Nunca tiveram um fundamento completo em factos. A ideia de que os chamados deuses seduziam mulheres vivas é fictícia. Os próprios deuses também o são. Embora criações lendárias, baseavam-se solidamente em seres humanos excecionais, cujos feitos foram amplificados após a morte até se qualificarem como divindades. Estes chamados deuses eram também aparições. Podiam regressar à Terra e manter conversa e outras formas de comunicação com os seres humanos. Podiam possuir, em transe, sujeitos humanos. Estes sujeitos eram mulheres que, em transe, podiam, sem o saber, ter relações com aqueles que lhes eram escolhidos pelos deuses; assim, é fácil compreender que a mulher, não sabendo por quem fora

fecundada, pudesse ser levada a acreditar que o chamado deus aparecera sob a forma de um animal.

Quando digo "chamado deus", refiro-me a um desencarnado com poder de regressar à Terra e "tomar conta" da mulher da sua escolha em transe e, em menor grau, do seu companheiro terreno. A ideia de que o próprio deus era capaz de ter relações sexuais com mulheres vivas é ridícula. Tais conceções aparentemente milagrosas eram muitas vezes atribuídas a animais. Para além da história de Europa e do touro, temos a de Leda e o cisne. Aquilo que hoje é visto como alegoria surgiu certamente de uma base de facto. A realidade em que assentavam ecoa no século XX nestes casos bizarros de relações com animais.

Compreender estes casos é difícil quando ocorrem sem o acompanhamento de sintomas psiquiátricos. Por vezes, com razão, são explicados como rituais compulsivos de tipo obsessivo. A memória longínqua de parte de um passado muito distante é reprimida de forma implacável, mas pode irromper num único ato compulsivo estranho envolvendo relações com um animal. O indivíduo pode apresentar outros sinais obsessivos, caso em que o diagnóstico é mais simples. O doente pode ter sintomas esquizoides que derivam de uma encarnação distante e das suas crenças religiosas e mitologias, e que podem instigar contacto sexual com animais. Nesses casos, a possessão pode desempenhar um papel.

A entidade possuidora transmite alguma forma há muito abandonada de ritual religioso especificamente ligada a contactos com animais. O indivíduo do século XX traduz mal a mensagem e procura um animal com quem possa ter relações físicas reais. A sua perceção é insuficiente para compreender o motivo dessas alegorias clássicas. Para os que estavam ligados aos Mistérios, era indesejável que as massas compreendessem a utilização de mulheres mediúnicas por entidades desencarnadas. Era mais desejável que as pessoas acreditassem que Zeus fizera amor a Europa sob a forma de um touro do que que o mundo inteiro compreendesse a possessão de humanos para fins procriativos.

Embora as relações com animais sejam reprovadas pela lei, têm os seus aspetos criativos. O que está implícito nestes contactos entre homens e animais é a individualidade da consciência que partilhamos com plantas e animais. Alguns vestígios de escultura antiga envolvendo contactos sexuais entre homens e animais são religiosos, mais do que pornográficos. Podem ser chamados eróticos, mas confundir erotismo com pornografia é o mesmo que falhar a distinção entre a vida e a morte.

A mitologia do contacto entre humanos e animais envolve quase sempre uma mulher e um animal. Isto deve-se ao facto de, recuando às verdadeiras fontes dessas mitologias, as mulheres serem mais mediúnicas do que os homens e, portanto, poderem ser tomadas por entidades possessoras, possivelmente sem o conhecimento do parceiro masculino. Além disso, o homem é, mesmo no sexo, essencialmente o agressor. Nestas matérias, como em todas as outras, é função da mulher, pela sua percetividade — que inclui tanto a paixão como a disposição para ser tomada —, diluir e santificar o impulso masculino para conquistar e possuir. Nas ações contemporâneas envolvendo relações com animais, a submissividade do animal fêmea simboliza a da mulher.

Da parte do animal, esta submissão ao que parece uma sexualidade altamente perversa é uma expressão do seu desejo de atingir a individualidade humana. Tais animais estão a subir a escada que conduz, em última instância, à reencarnação como seres humanos.

Símbolo sexual da criação

Disse neste livro e noutros lugares que rejeito por completo a teoria freudiana do sexo. Oponho-me igualmente à atitude que relega o sexo ao seu "devido lugar", o que, para os que falam desta forma, significa não ter lugar nenhum. Não se pode deplorar aquilo que é responsável pela criação do homem. Não podemos pôr Canuto, no seu papel lendário, como personagem principal do palco do mundo. É através do sexo que aparecemos neste mundo. A ideia calvinista, obcecada pelo sexo, do pecado original é atroz. É a condenação última da vida.

Freud, o vendedor ambulante da sexualidade universal, disse, em *O Futuro de uma Ilusão*, que a religião desapareceria à medida que o homem se tornasse mais emancipado, isto é, mais freudiano. As minhas opiniões são o oposto direto. Para mim, os começos da religião e da sexualidade estão inextricavelmente ligados.

O sexo, e sobretudo os órgãos sexuais, são símbolos da criação e, portanto, originalmente de significado religioso. Isto aplica-se mais ao órgão masculino do que ao feminino, em virtude da sua forma facilmente observável. A reverência pelo falo infiltrou-se no cristianismo, muito marcadamente no hinduísmo e no budismo. A religião, tal como a conhecemos hoje, nasceu na sexualidade. Para o homem primitivo, aparentemente encalhado nesta Terra, a religião tinha, por necessidade, de surgir da sexualidade e da fecundidade. Os primeiros milagres com que se confrontou foram o desenvolvimento da planta a partir da semente, da cabra a partir do cabrito e da criança a partir do feto. É isto

que torna tão indesejável e tão desconcertante a atitude ortodoxa cristã perante o sexo, manifestada durante grande parte do período que vai do século III d.C. até ao presente. Foi também responsável por agonias incontáveis, incluindo oceanos imensuráveis de culpa supérflua.

A introdução do sexo nos sistemas de moralidade é compreensível porque, em geral, contribui para sociedades estáveis; mas, no domínio da religião, é melhor deixá-lo em paz. Considerar a castidade como base da moralidade é discutível, embora bem ajustado aos impotentes e aos sem encanto. A castidade é uma força criativa, mais do que uma virtude.

Na questão do sexo, os cristãos têm de escolher entre Cristo e as igrejas. Cristo disse pouco sobre o assunto. No que toca a Maria Madalena e à mulher samaritana, parece ter tolerado as suas fragilidades. Percorremos um longo caminho — e não melhorámos por isso — desde as *heteras* da Grécia e as mulheres dos templos hindus. A função destas últimas, naturalmente designadas como prostitutas por observadores ocidentais, era utilizar os seus corpos para diminuir as agonias do homem e permitir-lhe alcançar os sentimentos de abandono de si e de Unidade necessários à perceção da realidade.

Até à era permissiva, uma mulher que concedesse os seus favores com demasiada facilidade fora dos limites do matrimónio era considerada fora do aceitável. Não podemos discutir as implicações sexuais da era permissiva em toda a sua amplitude porque ainda não fomos, durante tempo suficiente, envoltos pelas suas bênçãos nem corrompidos pelas suas loucuras. Todo o movimento foi perturbado pelo facto de algumas das maiores defensoras da "Libertação das Mulheres" serem mulheres com psíquicas predominantemente masculinas, que exibem os mesmos defeitos de agressividade e de excessiva capacidade de organização do homem, e que usam os seus corpos e a liberdade recém-adquirida com a mesma insistência de martelo com que o pior tipo de demagogos seculares e clericais costumava esmagar-nos com os seus sistemas particulares de ideias.

É cedo demais para discutir em profundidade o afrouxamento dos costumes entre as mulheres da era permissiva. Note-se que me estou a referir especificamente às mulheres. Ao fazê-lo não as acuso: estou a advogar por elas. O homem sempre foi potencialmente "solto", por causa da sua indefensável ideia de que a poligamia lhe é natural, mas que a androginia numa mulher é aterradora. Muitas vezes justificaram esta ginástica mental com a ridícula ideia de que tal atitude é um elogio à mulher e prova que a colocam num pedestal — um edifício ventoso cuja ocupação poucas mulheres apreciam.

Há uma ou duas décadas, a prostituta era objeto de muito estudo psicológico. Hoje é menos, porque, com o advento da "Pílula" e a cooperação do instinto gregário, as mulheres solteiras são mais acessíveis do que antes, embora a verdadeira profissional esteja longe de extinta. O número de mulheres que, segundo os padrões atuais, não estão obcecadas pelo sexo mas estão dispostas a ter relações antes do casamento e, depois, com homens que não os seus maridos, aumentou extraordinariamente. Esta revolução de costumes, que teria parecido incrível há meio século, não se deve a uma ativação inexplicável e enorme do impulso sexual. Explica-se antes — e de forma menos excitante — pela compulsão irresistível do instinto gregário. Para muitos, o sexo é o nosso instinto mais forte. Esta ideia baseia-se no facto de haver períodos curtos das nossas vidas em que as suas exigências são imperativas. O impulso gregário, menos vistoso, está a operar o tempo todo, e o número de pessoas dispostas a resistir-lhe por qualquer período significativo é muito pequeno.

A prostituta do período entre guerras era um estudo fascinante para psiquiatras, sobretudo para os que sofriam de impotência parcial ou total. Uma escola defendia que condições sociais adversas levavam muitas raparigas a aceitar que vender o corpo era preferível à pobreza. Há pouca evidência real de que este factor tenha sido operativo neste país. Os ingleses diziam com confiança que esta explicação se aplicava à França, mas sempre me pareceu que os franceses foram criados para permitir aos ingleses insinuar que eram pecadores. Naturalmente, o que digo não se aplica às mulheres de países da Europa Central que, imediatamente após a Primeira Guerra Mundial, foram obrigadas a vender o corpo para manter as suas famílias vivas.

Outra explicação inicial foi a deficiência mental. Não havia qualquer prova de que isto fosse um factor palpável. Uma rapariga com deficiência poderia facilmente ser seduzida por aqueles para quem tais ocupações são atrativas, mas a ideia de que uma proporção apreciável de pessoas com deficiência conseguia ganhar a vida como prostituta nunca foi sustentável. Esta teoria, querida dos últimos aderentes da moral vitoriana, assentava na ideia de que o sexo tinha de ser explicado em termos de anormalidade, e "deficiência mental" soava satisfatoriamente. A contribuição verbal freudiana era diferente e considerável. Entra aqui a vingança sobre o pai, degradando o sexo masculino. É improvável que muitas prostitutas se sustentassem procurando atrair aqueles que sentiam necessidade de degradar. A linha mais "escorreita" era a de que várias prostitutas eram, na verdade, homossexuais, embora não necessariamente lésbicas praticantes. Abraçariam a profissão para mostrar o seu desprezo pelo sexo masculino, envolvendo-se com toda a gente e reservando as

melhores emoções para o seu próprio género. Isto pode aplicar-se a algumas, mas não a muitas.

É notório que a mulher "solta", tal como a profissional assumida, é geralmente mais do que habitualmente bem-disposta. Essas mulheres são mais acessíveis aos que precisam de ajuda e simpatia. São expoentes da compaixão, com o sexo lançado como aperitivo. O sexo exibido faz parte da simpatia necessária.

Vale a pena contemplar que a palavra "compaixão" deriva de paixão. No início, "piedade" significava "com paixão". Como se exprime a piedade é uma questão de temperamento. Há quem irradie bondade a tal ponto que estar na sua presença é um conforto, qualquer que seja o problema. São poucos. Isto é, como a fé, uma reação da mulher total. Outras têm uma intuição penetrante que lhes permite ver de imediato o cerne do problema, separar o essencial do acessório e ajudar os outros imensamente ao fazê-lo. Outras ainda amam mais através dos grandes plexos do corpo, como o plexo solar e o plexo sacral.

Há um tipo de piedade que parece exprimir-se primariamente no plexo sacral e, daí, nos órgãos sexuais. Nessas pessoas, a emoção sentida ao ouvir uma história dilacerante e lamentável de sofrimento humano localiza-se mais poderosamente nos órgãos sexuais do que no coração. Profundamente comovidas, essas mulheres não conseguem dar outra coisa senão os seus corpos. Uma atividade sexual deste tipo é motivada por um amor impessoal que, queiramos ou não, é despossessivo. É fácil dizer que uma mulher que, ao longo do tempo, passa de um homem para outro é "solta" ou imoral, mas não poderá o amor que manifesta ser a sombra daquele amor não possessivo, de que a maioria das mulheres e todos os homens são incapazes, e que constitui um desenvolvimento mais elevado?

Estou, de forma enfática, a não dizer que isto se aplique a qualquer sexualizadora contemporânea, emancipada, que entra e sai da cama com quem quer que seja porque o considera normal, higiénico ou um gesto de desafio contra os *fuddy-duddies* — que parecem ser um termo para os mais estáveis. O que sustento é que ainda existem mulheres relativamente anónimas, pouco assertivas, de porte respeitável e por vezes de considerável cultura, que consolaram, com os seus corpos, mais homens do que se poderia imaginar. Ser psiquiatra não significa ser inevitavelmente ingénuo, mas admito que, no início, fiquei espantado ao descobrir que pessoas que eu via como pilares de respeitabilidade tivessem estado tão ocupadas.

Fiquei surpreendido ao encontrar dois psiquiatras muito distintos que partilhavam a mesma opinião que eu, com ainda maior confiança: a de que um certo tipo de promiscuidade — e até de prostituição — começa na piedade. A experiência prática confirma esta tese. Algumas das melhores e mais humanas enfermeiras têm esta estrutura. Há anos, uma enfermeira-chefe disse-me que eu devia ignorar as atividades extramuros de uma mulher porque ela era uma enfermeira tão boa e tinha um coração de ouro. Ouvi história semelhante mais recentemente de uma mulher membro da comissão de um lar para idosos, que dizia como se sentia tranquila quando uma certa senhora de hábitos complacentes estava de serviço à noite, porque sabia que os doentes receberiam o máximo de cuidado e humanidade.

Esta atitude aparentemente revolucionária está incorporada nas Escrituras. Quando se diz que as entranhas "anseiam de compaixão", o autor está a referir-se aos órgãos pélvicos em geral, e isto é tipificado pela mulher que pensa e sente com a vagina, mais do que com o cérebro e o coração. O facto de mulheres assim terem sido condenadas e vilipendiadas ao longo da história é uma das idiossincrasias mais feias de um mundo feito pelo homem. Como esta atitude perante a mulher capaz de consolar com o corpo teve origem em sacerdócios dominadores, de inclinação homossexual, é uma longa história. Certamente houve uma mudança de atitude com o advento do cristianismo. Embora a evidência, num sentido ou noutro, nos Evangelhos seja escassa, Cristo parece ter estado relativamente pouco preocupado com a moral sexual e ter encarado o sexo como uma das formas do amor. É significativo, ainda que não conclusivo, que tenha considerado Maria Madalena como alguém que amou muito.

A atitude de Cristo contrastava, sem dúvida, de forma marcada com a do sacerdócio em geral no Antigo Testamento, onde não se encontra referência a uma única deusa mulher que não seja, segundo o autor do livro em que é mencionada, uma prostituta, uma corruptora ou algo demasiado horrível para ser nomeado. Astarote e as suas deusas-irmãs eram tratadas como monstros sem qualquer prova, exceto a fornecida pelos autores frenéticos. A partir do século III d.C., a Igreja foi gradualmente dispensando as mulheres missionárias e curadoras que tinham proliferado nos primeiros anos do cristianismo. As que exibiam tais qualidades na Idade Média e depois eram tidas como bruxas e pior, pelas diferentes seitas cristãs.

É muito significativo que subsista um rescaldo destes velhos mal-entendidos e perseguições. Porque é que estas mulheres, com o dom de consolar com o corpo, continuam ainda, em regra geral, a encarar os homossexuais com hostilidade? Entre prostitutas, isso pode ser visto como uma

atitude natural face a fura-greves. Mas isso não explica o facto de estas consoladoras femininas não pagas, apesar de humanas por natureza, não partilharem a opinião corrente de que a difusão da homossexualidade é um sinal de esclarecimento. Estas mulheres admitem que os homossexuais nascem, não são feitos, e não desejam que sejam punidos, mas vêem-nos como acompanhamentos inevitáveis de civilizações de baixo nível e em decadência. Assumem, de facto, a mesma posição que os reacionários e as moralistas. Talvez estejam a recordar, a um nível emocionalmente acessível, antigas perseguições instigadas por sacerdócios homossexuais. Penso ser mais provável que a sua seja uma atitude religiosa baseada no respeito pelo Eterno Feminino ou Deusa-Mãe, cujo campo de ação inclui tudo, desde a piedade sublime e a força da castidade até ao consolo físico. Algumas, com memória longínqua, recuam, por fragmentos dessa memória, às Mistérios Órficos e Eleusinos, em que a função da mulher como consoladora física era reconhecida.

Nem é necessário recuar tanto quanto os Mistérios antigos para descobrir as raízes do comportamento destas pessoas. No conjunto, são, à sua maneira, cristãs e mantêm as suas observâncias religiosas, mas a sua interpretação do cristianismo é não dogmática e não doutrinal. Fica-se com a impressão de que são cristãs porque sentem que Cristo compreendia o seu género. Consideram os Seus ensinamentos como uma defesa do princípio feminino — da intuição, da compaixão e do espírito — contra o princípio masculino agressivo, atraído pela letra da lei. Escondem as suas crenças verdadeiras porque sabem que seriam anátema para os sectários masculinos. Ainda assim, vão de bom grado à igreja porque acreditam na continuidade de uma tradição verdadeiramente cristã, com a qual conseguem estabelecer contacto através das suas próprias experiências particulares, mais do que por quaisquer sistemas de crença.

Estas consoladoras clandestinas exprimem, de forma anónima, o espírito em oposição à letra da lei. Aprenderam a operar em segredo. Transmitem uma verdade comunicada a partir de vidas passadas. São uma forma simples e não doutrinal de heresia. Algumas atravessam a vida em silêncio porque aprenderam com os sofrimentos de vidas anteriores. É inútil descartar a sua sexualidade, profundamente disfarçada e visceralmente evocada, combinada com uma aparência de impecável respeitabilidade, como hipocrisia. Talvez esta descrição deva ser reservada, antes, para os seus críticos.

Estas mulheres, que pensam e sentem com o plexo sacral — mais especificamente com os órgãos pélvicos — são geralmente psíquicas. Possuem uma espécie de telepatia somática, diferente da que se manifesta na cura de doenças. Precisam da presença de um homem para saber que ele precisa delas.

Algumas são telepáticas. Algumas emitem, como expressão do poder de curar, um sistema de vibrações que atrai os homens. A sua capacidade de cura revela-se também na habilidade com que lidam com crianças e idosos. Fazem mães amorosas e têm naturezas bondosas. Perante estas qualidades, parece injusto e absurdo descrevê-las como pecadoras. Talvez a lição aqui seja simplesmente esta: o sexo, quando não está contaminado pela violência nem por um desejo anormal de possuir, nunca deveria ser incorporado em sistemas morais.

Se as pessoas que mencionei parecem desprovidas de moral, é porque falhamos por completo em compreender o que estão a fazer. Procuram sintetizar o cristianismo, tal como o entendemos, com a religião pré-cristã, tão inevitavelmente ligada à procriação e à fertilidade e, recuando ainda mais, ao culto do falo. A ideia pode parecer repugnante aos ferozmente ortodoxos, mas não vejo nela nada de errado ou ilógico: que o sentimento religioso tenha começado, entre outras coisas, com a veneração da fertilidade e do falo. Não é isto apenas outra forma de dizer que a atitude religiosa é natural no homem? É certo que esta atitude precisa de concentração e refinamento antes de poder compreender o sistema de Pitágoras, a filosofia de Platão e a apoteose de Cristo, mas isso apenas reforça a santidade última do ato de procriar.

Não há, na sociedade moderna, um lugar atribuído e reconhecível para estas mulheres. Pergunta-se se alguma vez houve. Não se consegue combinar uma religião antiga — que foi a base de todas as religiões — com aquilo que o cristianismo veio a significar. Considero isto uma pena. Não se pede que o falo seja equiparado à cruz; pede-se apenas que esta não ignore a sua existência. Ao mesmo tempo, estas mulheres não podem ser classificadas como produtos da era permissiva, porque sempre existiram. A mulher, emancipada pela "Pílula", apaixonadamente atraída por mais do que um homem, parece assemelhar-se-lhes na prática comum da atividade sexual, mas a semelhança é superficial. A mulher moderna emancipada aproveitou uma oportunidade. A consoladora feminina, vinda dos Mistérios antigos e de mais longe ainda, escondeu a sua arte do mesmo modo que os curadores e profetas nos tempos de perseguição.

Quanto à ninfomania, é tentador vê-la — e aos seus expoentes — como a franja extrema do que quer que seja necessário para fazer uma prostituta. Esta ganha a vida satisfazendo homens. A ninfomaníaca não consegue ser satisfeita sem eles. Há uma diferença subtil entre as definições. Ainda assim, é compreensível que alguns considerem a ninfomania um desenvolvimento da prostituição ou da devassidão. Uso este último termo para indicar aquelas cuja vocação é dar prazer a muitos sem pagamento. No entanto, a ninfomania é uma entidade bastante distinta das duas categorias mencionadas. Uma obsessão por

homens não implica necessariamente o impulso de dar, ou partilhar prazer, com eles. A ninfomaníaca é mais positiva, mais agressivamente aquisitiva, do que as suas irmãs acima referidas. Não está a consolar com os seus órgãos sexuais. Está a usá-los secundariamente como arma de conquista. É, essencialmente, uma neurótica obsessiva. Os desejos nascem-lhe no cérebro e a relação sexual é o seu ritual compulsivo. As ninfomaníacas têm outras características obsessivas. São frequentemente demasiado exatas, meticulosas e perfeccionistas. Tendem a ser autoritárias e intolerantes. Também aqui vemos, como nos expoentes extremos da "Libertação das Mulheres", a ação de uma psique altamente masculina. Há muito de homem em muitas ninfomaníacas.

CAPÍTULO 18

O CONTEÚDO PSÍQUICO DOS SONHOS

Este capítulo não é um estudo abrangente dos sonhos, mas um esboço do grau considerável em que a atividade psíquica se infiltra neles.

Tem-se dito que o sonho é a loucura do homem comum. De dia, vivemos vidas ordenadas, determinadas pelo hábito, e, nas horas de sono, caímos numa desordem psiquiátrica. Esta generalização estimulou — e falsificou — a interpretação dos sonhos. O psicanalista insiste que o sonho é um enigma com significado. Esse significado só pode ser revelado pela análise. Segundo a teoria freudiana dos sonhos, uma massa de material aparentemente sem sentido brota do inconsciente e exprime, sempre de forma velada, um conflito ou desejo reprimido — muitas vezes ilícito —, cuja verdadeira natureza só pode ser desvendada pela análise.

Nos sonhos que os freudianos chamam de realização de desejos, a máscara nem sempre é difícil de penetrar. O que é inalcançável na vida real é alcançado no sono. Nos sonhos, o homem tímido realiza feitos heroicos e o rapaz que anseia por pêssegos come até à saciedade. Uma rapariga que gostava de equitação e era moderadamente boa nisso sonhava regularmente que saltava vedações altas. Na vida adulta, sonhava regularmente que tocava divinamente numa orquestra. Quando se tornou membro de um coro de primeira classe, o sonho cessou. Até então, permitira-lhe realizar em sonhos aquilo que falhara em alcançar nas horas de vigília. Tudo isto parece suficientemente razoável, mas, na minha experiência, tais sonhos não são tão comuns como se pensa. Não me recordo de ter tido um na vida.

Para mim, a ideia de que muitos sonhos são realizações de desejos não é convincente porque, tão frequentemente, me deparei com uma variedade totalmente diferente, em que o indivíduo sonha não com o sucesso, mas com o

fracasso ou com um desastre iminente. Vai fazer um exame amanhã e não estudou nada e pode nem sequer ter os livros necessários. Tenho este tipo de sonho há anos e continuo a tê-lo. Suspeito que a maioria das pessoas também. Um sonho comum entre mulheres — o de andarem nuas ou em roupa interior pela rua — é da mesma natureza. O mundo, e elas próprias, vêem-nas como elas são.

Não se podem considerar estes sonhos como simples inversos dos que envolvem realização de desejos. Não são fantasias prazenteiras, mas a negação da esperança. Mostram que, mesmo em sonhos, somos suficientemente realistas para aceitar o nosso próprio fracasso em atingir um padrão que estabelecemos para nós mesmos. Podem ser a continuação, no sono, de uma conscienciosidade obsessiva. Pode argumentar-se que sonhos deste tipo são simbólicos, mas o seu simbolismo é tão direto que mal merece o nome.

Em lado nenhum da teoria freudiana se sugere que o sonho seja outra coisa senão uma máscara que esconde o seu significado. Para Jung, era mais positivo e muitas vezes trazia uma mensagem significativa. Citou o caso de, numa fronteira, ter a bagagem examinada por um funcionário alfandegário particularmente desagradável e associou isso à sua separação de Freud e à desaprovação deste em relação ao caminho que ele tomara.

A interpretação de Jung é suficientemente justificável, mas simplesmente não pode ser vista como transmitindo uma mensagem direta. O significado continua a estar mascarado, ao passo que existem sonhos precognitivos que contêm um aviso direto, em diferentes graus, de desastre. Estes sonhos precognitivos afetam sobretudo os jovens e, em particular, os rapazes. Os que encontrei possuíam outros dons psíquicos para além da precognição. É interessante que aqueles que previam o futuro em sonhos não o faziam, em regra, na consciência desperta. Um rapaz sonhou que um amigo chegaria à escola sem os sapatos de ginástica e seria castigado por essa omissão. Assim aconteceu.

Outro rapaz sonhou em detalhe os danos que sofreria num acidente quando perdeu o controlo da bicicleta a descer uma colina e fraturou a clavícula. No sonho, foi assistido por um homem que saltou um muro e lhe colocou o braço ao peito antes de o levar ao hospital. Tudo isto aconteceu tal como o rapaz tinha sonhado. O homem que lhe colocou o braço ao peito era um enfermeiro. A fratura de que tinha sonhado foi confirmada por radiografia. É interessante que este rapaz, que não era de modo algum uma estrela académica, mantivesse um registo, aos dez ou onze anos, das datas em que tinha um sonho recorrente, para ver se a sua incidência aumentava em algum

mês específico. Um interesse deste tipo, a essa idade, revela pelo menos um forte sentido do psíquico.

Eu próprio tive sonhos em que vi o futuro, mas que poderiam ser descritos como clarividentes em vez de precognitivos, porque, durante o sono, via as notícias tal como seriam apresentadas no jornal da manhã seguinte. Esses sonhos incluíram dois itens desportivos. Num deles, sonhei que um dos meus batedores de críquete preferidos, do meu Norte natal de Inglaterra, não conseguiria capitaniar a equipa inglesa por doença. O anúncio apareceu no jornal da manhã seguinte exatamente como eu o tinha visto no sonho. Numa segunda ocasião, vi, no sonho, a fotografia de outro capitão de Inglaterra no topo de um artigo de jornal que apareceu de forma idêntica na edição da manhã seguinte. Um contributo mais grave, igualmente visto em sonhos tal como viria a ser registado no jornal, envolveu o assassinato de um funcionário britânico numa colónia ou território sob mandato. Quero sublinhar que isto foi antes dos tempos da televisão e que não havia rádio em casa.

Tive ainda, para além das experiências acima mencionadas, sonhos que continham informação menos direta do que a descrita nos parágrafos anteriores, mas que exigiam pouca descodificação — embora eu próprio, por me recusar a aceitar as faculdades psíquicas que possuía, tenha demorado algum tempo a interpretá-los. Num sonho em particular, uma amiga virou-me as costas e expressou desaprovação sem qualquer ambiguidade. Não havia nada na nossa relação que justificasse tal atitude. Na manhã seguinte, recebi uma carta de uma doente de quem não tinha notícias há muito tempo e que foi a primeira pessoa a convencer-me da realidade da reencarnação. Nessa carta, a mulher, que estava grávida, dizia que toda a sua vida passada lhe parecia revelar-se de forma concentrada, como um filme passado ao contrário.

Quando a fui ver ao hospital, ficou claro que essa pessoa, altamente psíquica, lembrava os perigos do parto difícil através do qual entrou no mundo. O significado do meu sonho com a minha amiga era simples. Ela vinha de uma família de médiuns. Ambos os pais eram assim constituídos e nenhum beneficiara disso. A minha amiga, que tinha ela própria marcados dons extrassensoriais, tinha horror, por experiência familiar, a tudo o que fosse psíquico e desejava orientar-me noutra direção.

Não vale a pena esperar reconhecimento dos sonhos precognitivos por parte dos freudianos, porque este tipo de sonho é uma função da psique, na qual o mestre vienense não acreditava. Não tinha qualquer conceção de uma alma a funcionar independentemente do tempo e da personalidade egocêntrica. Estou convencido de que existem sonhos em que é transmitida uma mensagem

direta. Isto parece recuar aos tempos em que os sonhos eram levados mais a sério como sinais diretos do futuro. Talvez em épocas anteriores mais pessoas fossem propensas a experiências precognitivas, por serem mais psíquicas.

Nem Freud, nem Jung, nem Adler parecem ter-se apercebido do sonho dirigido e escolhido pelo próprio doente. Segundo os princípios de qualquer escola de psicanálise, o sonho surge do inconsciente. No entanto, conheci várias pessoas — uma delas membro da minha própria família — capazes de dirigir conscientemente os seus sonhos. A minha filha, no final da adolescência, expressou surpresa e desdém quando eu disse que tinha tido um pesadelo horrível na noite anterior. Pareceu insinuar claramente que tinha sido uma escolha estranha, da minha parte, sonhar com tais assuntos. Respondi, impotente, que não se podia esperar que eu escolhesse o que sonhava — resposta que a deixou perplexa, como se alguém a quem atribuía alguma inteligência tivesse subitamente provado ser indubitavelmente estúpido.

Acontece que, durante anos, antes de adormecer, a minha filha escolhia sobre o que iria sonhar. Naturalmente, os temas que escolhia eram sempre agradáveis e os sonhos correspondiam às expectativas. Não havia elemento de realização de desejos nesses sonhos, porque a minha filha é notoriamente pouco sentimental e pragmática. Ela não consideraria um sonho feliz se nele realizasse alguma aspiração sem esperança que a assombrasse nas horas de vigília. Aliás, não se deixa incomodar por esse tipo de aspirações. É o tipo de pessoa que aceita a vida como ela é.

É interessante — e relacionado com os fenómenos descritos — que, em criança, ela estivesse constantemente consciente de presenças à sua volta durante a noite. De facto, a casa em que vivíamos nessa altura era assombrada. A minha filha admitiu que, ao princípio, teve medo, mas descreveu essa atitude como estúpida e disse que se lidava com essas coisas como com os vivos: na verdade, fazia-se amizade com essas presenças. Parece ter lidado com entidades desencarnadas exatamente como lida com os vivos.

Encontrei outros com dons semelhantes. Um rapaz de nove anos, meu doente, combinava regularmente com a mãe, antes de adormecer, aquilo com que iria sonhar nessa noite. Gnomos e elfos em florestas figuravam largamente no seu repertório. É significativo que escolhesse tão frequentemente elementos de mitologias antigas. Uma pessoa que consegue escolher o tema dos seus sonhos é fortemente psíquica. O rapaz em causa era nitidamente precognitivo. A psique da criança tende a escapar ao domínio da personalidade, quer quando está a adormecer, como nos terrores noturnos, quer no próprio sono, como no sonho. A capacidade de escolher os próprios sonhos indica que, nessas pessoas,

a ligação da psique à personalidade é especialmente frouxa com a aproximação do sono.

Os sonhos que prevêm o futuro são raros quando comparados com os que se relacionam com o passado. Entre estes últimos estão todos os devidos a conflitos enterrados. O tema geral é que uma experiência demasiado dolorosa para permanecer na consciência desperta é esquecida e repassada, em forma simbólica, nos sonhos. Existe toda uma literatura dedicada ao assunto e não desejo acrescentar-lhe nada, exceto dizer que foi introduzido na psiquiatria um conceito novo e útil, mas cujo valor foi sobrestimado, e que os contributos de Jung foram de maior utilidade do que os de Freud.

A minha preocupação particular é lembrar ao leitor que, para além de qualquer sombra de dúvida, os sonhos podem nascer não só de conflitos anteriores na vida presente, mas também de vidas passadas. A Sra. Smith, personagem central do meu livro *Os Cátaros e a Reencarnação*, teve durante vinte anos um sonho em que um homem aterrador entrava, pela direita, num quarto em que ela dormia. Eu tive, por pelo menos o mesmo período — embora menos frequentemente — um sonho idêntico, exceto que, no meu caso, o homem entrava pela esquerda. Uma memória longínqua detalhada revelou mais tarde o nosso intruso noturno como sendo um tal Pierre de Mazerolles, regressando do massacre de dois inquisidores e do seu séquito em Avignonet, no Languedoc, em Maio de 1242.

Já mencionei, noutra ligação, uma mulher que, desde os cinco anos, quando recuperava de difteria, tinha um sonho constantemente recorrente em que era empurrada para a fogueira por um monge que, pelo caminho, a atingia nas costas com uma tocha em chamas — cujas marcas são visíveis até hoje. Nos seus quarenta anos, uma memória longínqua intensificada, mais um conjunto de provas confirmatórias, permitiu-lhe recordar ter sido queimada como herege em 1244. Num terceiro caso, uma mulher sofreu, desde os onze anos até me procurar como doente aos vinte e cinco, de um pesadelo recorrente em que era torturada no potro por pessoas com trajes do século XVI. Em todos estes casos, os sonhos cessaram imediatamente ou pouco depois de eu ter conhecido a sonhadora. Em cada caso eu tinha conhecido essa pessoa numa encarnação anterior. A cessação súbita de pesadelos recorrentes é um sinal infalível de que o sonhador e a pessoa encontrada se conheceram em pelo menos uma vida passada.

Noutro caso, uma mulher tinha um pesadelo recorrente de que as costas lhe eram rasgadas pelas garras de enormes cães de caça. Tinha também uma fobia que a impedia, apesar do seu gosto estético, de entrar em casas senhoriais

inglesas abertas ao público, por recear que exibissem — como muitas vezes acontece — troféus de caça como cabeças de veado ou rabos de raposa. O seu sonho persistiu apesar do tratamento. Creio que tinha origem numa vida passada e também que ela não me tinha conhecido antes.

Sem registar o enorme número de pesadelos recorrentes com que me deparei, é necessário enunciar claramente os factores que devem estar presentes para termos a certeza de que o sonho é indicativo de encarnações passadas. O sonho deve ser recorrente. Sonhos isolados podem certamente ser indicativos de encarnações passadas, mas nunca são tão convincentes como quando se repetem constantemente. O conteúdo do sonho recorrente deve manter-se idêntico, ou qualquer variação deve relacionar-se claramente com o seu tema central. A pessoa que tem o sonho deve ser um médium comprovado, capaz de clarividência, precognição, clariaudiência ou telepatia — de preferência com mais do que um destes dons. Isto não significa que aqueles que têm pesadelos recorrentes, sem outros dons psíquicos, não estejam a recordar fragmentos de vidas passadas. Limito-me a exigir os critérios mais estritos possíveis para afirmar que este ou aquele sonho recorrente é um sinal de outra vida.

Idealmente, o sonho deveria persistir, com intervalos, durante anos, mas há circunstâncias em que pode durar apenas alguns meses e, ainda assim, ser uma verdadeira recordação de uma vida passada. Isto acontece frequentemente em mulheres nos últimos meses de gravidez. Foi o que sucedeu a duas mulheres que recordaram as suas vidas como cátaras nos últimos meses antes do parto.

É comum que estes pesadelos recorrentes sejam desencadeados, sobretudo na infância, quando o doente tem febre alta. Num caso, o sonho recorrente começou aos onze anos, quando a criança foi dada como morta. Estes pesadelos, iniciados após uma doença na infância, podem durar anos. Conheci casos cuja duração variou entre 14 e 36 anos. Não há razão para que não possam persistir uma vida inteira, se o indivíduo não encontrar alguém de uma vida passada capaz de o libertar do seu pesadelo.

Os sonhos recorrentes, absolutamente convincentes como prova de reencarnação, têm quase sempre um conteúdo trágico. É como se, para o ocidental, as dores de encarnações passadas fossem mais fáceis de recordar do que os prazeres. O que reverbera no seu inconsciente é a tragédia e o desastre. Talvez isto faça parte do nosso destino. A minha experiência com orientais não me permite comentar se isto se aplica ou não no seu caso. Entre europeus, sonhos isolados, não repetidos, que apontam para o passado não são necessariamente trágicos.

Na minha experiência, tem havido uma preponderância de casos em que os sonhos recuam a períodos de perseguição religiosa. Vários dos meus sujeitos morreram na fogueira ou sofreram tortura. Para além daqueles com quem tive contacto direto, recebi muita prova escrita impressionante descrevendo sonhos recorrentes estimulados por perseguição religiosa. Parece que esta, no presente, é um estimulante particularmente ativo da memória longínqua.

Os pesadelos recorrentes começam muitas vezes com pouca frequência, digamos uma ou duas vezes por ano, mas podem, ao fim de anos, aumentar de frequência até surgirem duas ou três vezes por semana. Isto indica, em geral, um aumento rapidamente progressivo da memória longínqua.

Podem ocorrer sonhos recorrentes, sobretudo de cenas, sem ação e sem conteúdo trágico, em pessoas cuja memória longínqua de encarnações passadas é débil e pouco desenvolvida. Seres vivos não desempenham neles um grande papel. Uma mulher sonha três ou quatro vezes por ano com um muro de pedra e um campo ladeado de árvores a descer para um vale — uma paisagem que não consegue reconhecer como pertencente a esta vida. Isto é quase certamente indicativo de uma memória longínqua fragmentária e incompleta de uma encarnação de que não tem consciência, porque se conhecem detalhes de duas das suas vidas anteriores. Tomada isoladamente, uma sequência de sonhos deste tipo não poderia ser considerada positivamente indicativa da evocação de uma encarnação passada.

O que estes sonhos, baseados na precognição e na memória longínqua, mostram claramente é que a ideia freudiana de que o sonho é sempre velado é totalmente falsa. Jung, um pensador mais sofisticado, também erra ao supor que todos os sonhos precisam de interpretação. Um rapaz que sonha, com detalhe exato, um acidente destinado a acontecer está a ver o futuro com a mesma precisão como se olhasse através de um telescópio. Um sonho recorrente baseado na memória longínqua não exige mais interpretação do que a necessária para olhar para uma fotografia antiga. Estamos simplesmente a ver o que realmente aconteceu.

Uma característica assustadora da interpretação dos sonhos baseada na teoria analítica contemporânea e, sobretudo, freudiana, é que o conteúdo do sonho é tomado como simbólico independentemente do temperamento e do carácter do doente. Por exemplo, objetos rombos e salientes são inevitavelmente fálicos. O sal significa a mesma coisa em qualquer sonho.

Construir um diagnóstico a partir de um único sintoma é imperdoável. Interpretar qualquer elemento de um sonho sem considerar a constituição e as

circunstâncias presentes do sonhador é ridículo. Ao fazê-lo, descemos ao nível dos antigos manuais populares de interpretação de sonhos, onde sonhar que se perde um dente significava — pelo menos em Inglaterra — morte na família ou no círculo imediato. No entanto, este tipo de coisa ocorre na interpretação freudiana dos sonhos. Os sonhos com que me tenho preocupado não são, de modo algum, simbólicos. Baseiam-se em factos. Se um doente tem um sonho detalhado de um acontecimento futuro e esse acontecimento corresponde ao sonho até ao último pormenor, somos levados para lá dos domínios da teoria especulativa e insustentável.

Freud acreditava que os sonhos são gerados dentro da personalidade egocêntrica. Teria descartado como superstição — e, pior ainda, como não científico — o facto clínico estabelecido de que a lua cheia estimula o sonhar em parte da população e o sonambulismo numa proporção menor. Não há dúvida de que o lugar também influencia o grau em que as pessoas sonham e a natureza dos seus sonhos. Não me refiro a factores como dormir a grandes altitudes, onde a oxigenação diferente das células cerebrais poderia ter efeito. A atmosfera de certos lugares está tão carregada de vibrações estimulantes que o indivíduo inevitavelmente sonha mais vezes e de forma mais significativa nesses locais. Onde a atmosfera é má, os sonhos podem ser correspondentemente pesadelos. O padrão de sonho de um indivíduo pode alterar-se pelo facto de, temporariamente, estar a permanecer num lugar onde viveu uma encarnação anterior.

Variações inexplicáveis na atmosfera que rodeia o dorminhoco também desempenham um papel. Há noites em que, em todas as enfermarias, os doentes parecem dormir bem e sem sonhos, e outras em que todos estão inquietos e perturbados. (Não falo do efeito de noites frescas e sem vento por um lado, e quentes e abafadas por outro.) Nenhum destes factores externos é tido em conta na teoria psiquiátrica. Normalmente são descartados com a afirmação vaga de que, claro, factores meteorológicos e fisiológicos desempenham um papel no desencadear de sonhos, mas que isso não tem significado psiquiátrico.

Alguns sonhos cósmicos são de natureza profética. Devem ser reconhecidos como tal quando ocorrem em pessoas com capacidade precognitiva comprovada e com memória longínqua de várias encarnações. A capacidade de recordar em detalhe várias vidas passadas é quase invariavelmente acompanhada pelo dom de antever o futuro. O dom de prever grandes e possíveis catástrofes globais ocorre, entre os de maior desenvolvimento psíquico, na consciência desperta ou em estados de transe; os

menos evoluídos sonham frequentemente com tais ocorrências. Num sonho em particular, eu caminhava pelos últimos prados verdes em direção a uma montanha, cujo cume cónico desapareceu subitamente, como se tivesse sido serrado, deixando o que parecia um toco amputado. De cada lado do que restava da montanha vi avançarem na minha direção grandes correntes de lava roxa-escura, quase negra. Soube que isto representava algum grande cataclismo futuro, talvez o desaparecimento de uma porção do planeta, como no caso da Atlântida. Dois pontos relativos a este sonho merecem nota. Primeiro: eu próprio tenho memórias de sismos, num dos quais morri, em duas encarnações pré-cristãs. Uma foi numa ilha ao largo de Creta e a outra no continente grego. Segundo: os cientistas prevêm para nós uma era de sismos e maremotos em escala crescente — uns dizem nas próximas décadas, outros apontam uma data mais tardia.

Há sonhos de infância, como os que descrevi anteriormente neste livro, em que o sonhador passa por uma pequena morte na qual a psique se afasta da personalidade a tal ponto que a criança abandona o plano de consciência em que vivia, mas continua viva nos seus tecidos. Outra variedade de sonho induzida pela psique é aquela em que a levitação desempenha um papel. A levitação é o ato de flutuar acima da superfície da Terra. A história diz-nos que esta era uma propriedade de alguns santos.

Crianças psíquicas têm por vezes a sensação de levitação. Isso deve-se ao facto de a psique estar invulgarmente ativa nesses momentos. Esta sensação torna-se impossível na vida adulta, devido ao domínio da personalidade, exceto durante o sono. Em nome da exatidão, não posso fazer melhor do que registar as minhas próprias experiências. Em sonhos, senti muitas vezes que flutuava talvez a dois metros do chão. A experiência é indescritivelmente deliciosa. É como se, no sono, eu sentisse o êxtase de estar libertado da matéria. Por vezes estou sozinho e por vezes com outros, ainda presos à Terra, com quem anseio partilhar a experiência.

Qual é a explicação destas inesquecíveis sensações de levitação em sono? Já referi um tipo totalmente diferente de sonho de infância envolvendo a descida para a matéria — quer descendo para além das estrelas, quer precipitando-se através de um vazio. Alguns desses sonhos de queda eram desagradáveis e nauseantes. Mais tarde, aceitei a explicação científica de que estes sonhos eram uma recordação dos nossos dias de primatas, balançando de ramo em ramo em árvores altas e, ocasionalmente, falhando o apoio. Os sonhos de levitação vividos na vida expressam um processo inverso ao transmitido pelos sonhos em que entramos na matéria. Aqui, não estamos a descer para o mundo

material, mas a ascender a partir dele. A ascensão é vertical, para simbolizar o facto de evolução pessoal.

Habituámo-nos todos a pensar no céu como "em cima" e na Terra como "em baixo". Nestes sonhos, a psique está a deixar o corpo que dorme e respira. Estabelece contacto com camadas mais elevadas de consciência e, por vezes, com entidades superiores. A alegria que se sente não se deve apenas ao facto de parecermos flutuar no ar acima do chão, mas porque estamos em contacto com seres mais elevados, em centros de desenvolvimento superiores. Toda a experiência é evolutiva e ocorre quando os poderes psíquicos do indivíduo estão a desenvolver-se, ou quando são intensificados por manifestações ao nível do espírito.

Um sonho particular envolvendo levitação merece menção especial. Eu flutuava a poucos palmos do chão por um túnel subterrâneo, curvado em vários ângulos. Ao sair do túnel, passei por uma amiga sentada calmamente numa cadeira. Eu estava ardentemente ansioso por que ela me visse e notasse a minha capacidade recém-adquirida. Mal levantou os olhos quando eu passei a flutuar por ela, à saída do túnel. Interpretei isto como significando que, pela sua atitude de distanciamento, me advertia contra o desenvolvimento de orgulho espiritual por realizações que não eram minhas, mas parte do meu desenvolvimento ordenado pelo padrão do Cosmos.

Outra forma de sonho que ilustra a capacidade da psique de comunicar durante o sono é aquela em que duas pessoas têm o mesmo sonho, idêntico, na mesma noite. Uma variante deste fenómeno ocorreu no caso de uma mulher, separada de outra por milhares de quilómetros, que viu numa visão os detalhes exatos de um lugar com que a segunda mulher sonhou durante várias noites consecutivas. Esta partilha de sonhos ocorre frequentemente quando os sonhadores pertencem à mesma família. Conheço uma mãe e um filho psíquicos em quem isto acontece regularmente. Por vezes, um "termina" o sonho iniciado pelo outro. Isto só acontece em pessoas com elevado grau de dons psíquicos. Partilhar sonhos desta maneira é mais provável quando as pessoas se conheceram em encarnações passadas e reencarnam na mesma família.

Recentemente vivi um exemplo extraordinário e ligeiramente absurdo de contacto entre as psíquicas de dois sonhadores. Sonhei que jantava com amigos que, após a refeição, anunciaram subitamente e sem explicação que tinham providenciado um helicóptero para o meu regresso. Entrei, como era de esperar, na máquina e fui deixado algures no campo. Nessa manhã fui visitar uma mulher com quem tinha partilhado várias encarnações. Antes de sair de casa, fiz uma observação aparentemente idiota à nossa empregada diária: «Se a Rainha

telefonar, diga-lhe que fui-me embora com o Príncipe Filipe.» A empregada diária riu-se, supondo que esta aparente imbecilidade era uma piada.

Ao chegar à casa da minha companheira cátara reencarnada, ela disse que tivera um sonho engraçado na noite anterior. Nele, ela, o seu cão e eu estávamos sentados no átrio de um hotel na costa sul quando fomos acompanhados pela Rainha e pelo Príncipe Filipe. Depois de alguma conversa, este último disse que nos levaria de volta a Bath no seu helicóptero. Infelizmente, o cão recusou-se a entrar na máquina. A Rainha ofereceu-se então para ficar com a minha amiga e com o cão no átrio do hotel, enquanto eu ia embora com o Príncipe Filipe. O interesse deste exemplo reside no facto de a fusão das psíquicas ter continuado para além do sono e do sonho, prolongando-se até à consciência desperta. Daí a minha observação aparentemente idiota à empregada diária.

Há pessoas que, durante o sono, têm experiências oníricas indescritíveis em que são transportadas para planos de maior realidade, para reinos de luz em que as cores possuem uma qualidade palpitante e viva, desconhecida nesta Terra, e que se assemelham às descritas por tantos desencarnados nas suas primeiras visitas após a morte. Estes sonhos são comuns entre curadores psíquicos que se especializam em visitas fora do corpo. Ocorrem frequentemente quando o curador está exausto e as suas energias precisam de ser reabastecidas.

Estas experiências, que acontecem durante o sono, mas que são algo mais do que sonhos, são difíceis de descrever porque os vivos, ao dormir, são transportados para um estrato de consciência normalmente ocupado pelos mortos. O que é constante nestes sonhos é a intensidade da luz e da cor, e o facto de os seres encontrados neles estarem delineados em luz. Mas o que imprime ao sonho a marca de verdade absoluta é quando várias pessoas têm o mesmo sonho, idêntico, na mesma noite. Partilhei esta experiência em várias ocasiões com quatro pessoas, duas das quais domiciliadas em países que não a Inglaterra.

Por vezes, segue-se uma depressão matinal às experiências acima mencionadas. Isto pode dever-se apenas ao facto de a transição de estados mais elevados de consciência para a consciência da vida quotidiana ser demasiado abrupta. O sonhador tenta lembrar-se do que lhe foi dito durante o encontro com os diferentes tipos de desencarnados que encontrou na experiência. Este fenómeno está relacionado com o facto de o sonhador se aperceber de que essa atividade noturna aparentemente excessiva se deveu ao seu convívio com entidades das quais estava excluído durante o dia. Ele tinha uma capacidade

prodigiosa de irradiar bondade aos outros. Era, sem dúvida, psíquico, porque regressou a mim após a morte — algo que só é possível para quem é psíquico nesta vida.

Neste capítulo tratei sobretudo de sonhos de origem psíquica. Não existe, por exemplo, qualquer mecanismo na personalidade egocêntrica que explique a precognição ou a memória longínqua nos sonhos. Salientei também que os sonhos podem transmitir mensagens diretas. Rejeito por completo a hipótese freudiana de que o significado do sonho é sempre velado. A este respeito, deparamo-nos com um paradoxo espantoso. O sistema de Freud assentava na importância esmagadora do impulso sexual. Este exprimia-se nos sonhos, na maior parte das vezes, de forma velada. No entanto, há um tipo de sonho sexual, universal no homem, em que a mensagem é absolutamente direta e o seu modo de expressão fisiologicamente óbvio.

Refiro-me às poluções noturnas acompanhadas de sonhos eróticos, a que todos os rapazes em crescimento estão sujeitos. Deixa-me completamente perplexo que Freud, intensamente preocupado com o sexo, pudesse sustentar que o sonho é sempre uma máscara e que o seu significado tem sempre de ser desvendado quando chegamos ao tema das poluções noturnas. Estas são os primeiros sinais, no homem, da sua capacidade de reprodução. São acompanhadas por mais do que uma mensagem: a emissão de sémen. Esta é frequentemente estimulada por um sonho erótico. Afirmar que um fenómeno como este, comum a metade do mundo, tem um significado velado é um erro grosseiro. Que Freud não tenha observado este paradoxo é espantoso.

É claro que existe não apenas um factor da personalidade, mas também um factor físico que influencia alguns sonhos. Todos ouvimos o folclore segundo o qual alimentos como o queijo, ingeridos em excesso, podem induzir sonhos. O mesmo pode acontecer com excessos alimentares de qualquer tipo. Certos sedativos, como por exemplo o Mogadon, produzem em alguns doentes sonhos particularmente vívidos. Mas há uma enorme diferença entre discutir aquilo que tende a levar-nos a sonhar e aquilo que constitui o conteúdo do sonho. Eu próprio tive um lembrete forte de como se pode errar ao atribuir um sonho em demasia a factores físicos.

Acordei uma noite, no ano passado, e descobri que tinha tido incontinência urinária. Fiquei curiosamente pouco perturbado com algo que nunca me acontecera exceto, inevitavelmente, na infância. Ainda assim, sendo médico, pensei: «Terei esclerose múltipla ou alguma doença da medula espinal que afete o controlo da bexiga e será este o primeiro sinal?» Mais tarde, nessa manhã, descobri que era o aniversário de uma meningite cerebral contraída numa

encarnação céltica doze séculos antes, durante a qual perdi o controlo da bexiga. O controlo da micção também estava comprometido, nesta época, no século XX, na mulher de quem eu tinha contraído meningite cerebral na encarnação céltica.

Há pessoas que quase não sonham. Isto não tem nada a ver com imaginação pobre. É demasiado fácil atribuir este fenómeno à repressão. Afinal, é a repressão que, segundo os freudianos, faz com que o sonho se exprima de forma velada. É difícil conceber uma repressão tão intensa que impeça por completo o sonhar. Existem várias explicações para este fenómeno muito raro de ausência total de sonhos. A ausência de sonhos pode ocorrer em estados obsessivos muito graves e aterradores. O doente dorme, de facto, mais profundamente do que a pessoa normal. Para ele, o sono é a imagem da morte. O que ele espera é o fim do dia e mergulha no sono como outros abandonam a vida. A ausência de sonhos nesses doentes não se deve a conflitos enterrados ou semi-enterrados, mas ao facto de a psique, que luta durante o dia com as vibrações mais sombrias do mal, afundar-se à noite num estado de atividade suspensa, mais profundo do que o sono da personalidade.

Quando a depressão é particularmente intensa, o doente pode deixar de sonhar. Por vezes consegue relatá-lo, mas muitas vezes, quando já deixou de sonhar, o depressivo está demasiado afundado em si próprio para registar se sonha ou não, e o facto tem de ser apurado por questionamento direto. Também aqui o doente não sonha porque a sua psique, golpeada pela força do mal responsável pela profundidade da sua depressão, não consegue reunir energia para escapar, durante o sono, às cadeias da personalidade.

Há outras razões para a incapacidade de sonhar. A psique pode ser, por natureza, tão inerte que não fornece o sustento para os sonhos. Conheci pessoas de inclinação científica, cujas reações humanas são tão determinadas pelo materialismo e pelo behaviorismo, que as suas psíquicas empobrecidas não conseguem fornecer matéria para sonhos. Outra explicação é a de que o doente pode obter um vislumbre maior da realidade através de sintomas mais drásticos do que os sonhos.

Um homem que conheci, que nunca sonhava, desenvolveu, em vez disso, convulsões epiléticas na meia-idade tardia — um fenómeno raro, dado que a causa não era degenerescência das artérias cerebrais. Deve recordar-se que, quando falamos da inconsciência da crise epilética, falamos do ponto de vista do observador. Nalguns casos, o doente está a estabelecer maior contacto com outros planos de realidade na inconsciência que acompanha as crises do que na

sua vida desperta habitual. Isto não é mais surpreendente do que o facto de alguém poder ser telepático em estado de coma, o que é um facto indiscutível.

É difícil exagerar o horror do estado sem sonhos em pessoas habituadas a sonhar. Isso era evidente na narcose contínua, uma forma de tratamento destinada a obliterar a consciência do doente durante vários dias por meio de doses quase tóxicas de barbitúricos. O doente dormia a maior parte das vinte e quatro horas. A teoria grosseira por detrás deste tratamento — felizmente hoje abandonado — era a de "cortar" um segmento considerável do inconsciente, na esperança de que, ao recuperar a consciência, o doente pensasse e sentisse de modo diferente.

Uma proporção dos doentes submetidos a tal tratamento deixou de sonhar. Alguns acharam a experiência horrível. Uma mulher inteligente disse-me que esta perda de capacidade aumentava a sua tensão durante as poucas horas de consciência que lhe eram permitidas. Disse que a única coisa que ganhara com o tratamento fora a perceção de que os horrores da insónia não eram nada comparados com a incapacidade de sonhar. Na vasta maioria dos seres humanos, as operações noturnas da psique são necessárias para a saúde do indivíduo.

Por outro lado, as pessoas podem deixar de sonhar porque não precisam de o fazer. Isto significa que alcançaram uma unidade de coração e mente que dispensa a necessidade do sonho. Aqui aproximamo-nos da unidirecionalidade dos místicos hindus. Tal fenómeno é muito raro na civilização ocidental. O que acontece um pouco mais frequentemente é que certos indivíduos altamente evoluídos sonham pouco em determinados períodos da vida. As suas psíquicas estão tão em contacto com a realidade, devido à memória de várias encarnações e à sabedoria que delas adquiriram, que o sonhar se torna, por algum tempo, supérfluo. Sonhar e saber, no próprio sonho, que se está a sonhar é também um sinal de evolução psíquica.

Uma característica particular dos meus sonhos é o número de ocasiões em que, enquanto dormia, falei com animais. Lamento não ter registo de uma conversa animada que tive com um gato num dos meus sonhos. Sempre estive muito próximo da natureza. O meu sentido estético, no que respeita a flores e paisagem, desenvolveu-se muito cedo.

Eu diria que, aos seis anos, a beleza significava para mim mais do que qualquer outra coisa na vida. Eu não era, de forma alguma, o tipo de criança que se arrasta, contrariada, em longas caminhadas. Pelo contrário: eu estava sempre ansioso por ir. Esse freixo nodoso, inclinado pelo vento marítimo; aquele antigo

marco de portão em pedra, a brilhar ao crepúsculo; o primeiro fio de folhas de madressilva entrelaçado nas sebes escuras — tudo isso é para mim tão real e penetrante como no dia em que o vi, há quase setenta anos. Durante o dia, desfrutava da companhia de gnomos e elfos, compensações bem-vindas para os terrores que sofria à noite.

Eu sabia o nome de cada flor silvestre que crescia. Horripila-me que as crianças de hoje cresçam sem serem capazes de distinguir uma árvore de outra. Convencido de que tudo o que é capaz de sentir tem alma, acredito que, nas minhas experiências de juventude com flores e aves, eu estabelecia contacto ao nível psíquico. Acredito também que, nos sonhos em que falo com animais, opera o mesmo processo. Em sonhos, com a libertação da minha psique, exprimimo-nos mutuamente no que sentimos numa linguagem comum, em que a verbalização é um processo secundário. Isto é o que São Paulo chamava o dom da interpretação de línguas, distinto do dom de línguas.

O que estou a exprimir não é apenas uma convicção, mas a continuação de uma antiga tradição que teve origem na verdade. Se Orfeu foi capaz de encantar as aves com a sua música, sempre existiram pessoas capazes de acalmar animais e trazê-los para a órbita da sua influência psíquica. Nos meus tempos de equitação, chamaram-me a atenção para o facto de alguns cavalos galoparem por mim e se recusarem a fazê-lo por outros. Haverá, na história humana, algo mais impressionante e criativo do que o homem esquecido que primeiro convenceu um lobo a sair do mato e a partilhar a sua existência na caverna? Falar com animais em sonhos pode ser visto como arquetípico e junguiano. Mas a palavra "arquétipo" é demasiado vaga. No sono, nas suas deambulações, a nossa psique encontra as dos vivos e as dos mortos. Encontra também as dos animais prestes a reencarnar como homens.

O facto de eu conversar com gatos é significativo. São os animais domésticos, que viveram sobretudo em contacto com os homens, que conseguem dar o salto entre a psique animal e a humana e que reencarnam como seres humanos. Isto é o contrário do que se esperaria da teoria darwinista — e não é por isso pior. O macaco é incapaz de fazer o salto do animal para a psique humana. O contacto com os seres humanos permite ao animal domesticado desenvolver uma personalidade rudimentar e, em alguns casos, não tão rudimentar assim. Isto vê-se em cães e gatos. Os cães, em particular, refletem a personalidade dos seus donos. Pode parecer um paradoxo que o animal doméstico só consiga desenvolver plenamente a sua psique ao começar por produzir os primórdios de uma personalidade humana. Isto parece contraditório porque a nossa salvação, enquanto homens, consiste em

desprendermo-nos da personalidade em benefício da psique; mas é apenas através da posse de uma personalidade, e do equilíbrio de tensão entre ela e a psique, que esta aprende a emancipar-se da tirania da matéria.

Ao escrever sobre sonhos, tratei apenas das variedades que podem ser explicadas com base no funcionamento da psique na sua produção. Não há mecanismo na personalidade humana que explique precognição, clarividência ou memória longínqua nos sonhos. Menos ainda existe algo na estrutura e no mecanismo da personalidade que explique os sonhos de "pequena morte" na infância.

O meu tema geral é que a maioria dos sonhos é de origem psíquica. Jung aproxima-se desta conceção, mas nunca vai até ao fim. Concentrei-me sobretudo nos sonhos em que a mensagem era clara ou estava implícita no seu conteúdo. Mas não serão os nossos sonhos mais confusos e bizarros — tão difíceis de interpretar — também eles de origem psíquica? Só este facto inclina a crer na sua origem psíquica.

Como pode a personalidade existir coerentemente durante o dia e lançar-se na loucura da esquizofrenia durante a noite? A própria possibilidade é absurda quando estudamos uma construção tão lentamente edificada como a personalidade. Só podemos explicar estes sonhos bizarros assumindo que a psique assume o comando durante as horas de sono e regista, nos nossos sonhos mais complexos, um turbilhão de impressões com todos os atributos fragmentários da esquizofrenia, mas que não qualificam para esse estado porque desaparecem no momento de despertar.

O elemento esquizoide nestes sonhos absurdos revela-se pela sua natureza fragmentária, desconexa e sem propósito. Que fazer de um sonho em que, num salão público, num certo entretenimento, o ar e o teto são atravessados por cinco enormes figuras cerosas, que lembram um pouco as carrancas que antigamente apareciam nos navios de madeira ingleses, mas claramente maiores? Pelas expressões dos rostos e pelo contorno geral dos corpos, as figuras eram femininas, mas a coloração castanho-avermelhada da pele tornava a sua aparência invulgar. Por vezes era difícil perceber se estavam nuas ou não. Os seus órgãos sexuais eram protuberantes e arredondados, em vez de triangulares. Uma figura, flutuando sob o teto, desceu lentamente, revelou-se de forma um pouco mais inequivocamente feminina e anunciou: «Faz-se tudo com respiração lenta.» Lá fora, um senhor perguntou-me o que eu tinha achado do espetáculo e indicou que ele próprio o tinha considerado "um pouco demais".

Este tipo de sonho é manjar tanto para freudianos como para junguianos, mas, mesmo conhecendo o sonhador, desafio quem quer que seja a interpretá-lo com certeza. Em sonhos desta natureza tão complexa e bizarra, a interpretação é teórica. Quanto mais emocional e dogmático se torna um analista, mais terreno incerto pisa. O que se pode dizer de um sonho destes é que se trata da esquizofrenia noturna de um homem normal. O ponto que aqui nos interessa é que alguns "feitos" esquizoides noturnos são tão obra da psique como a esquizofrenia plenamente desenvolvida e diagnosticável que encontramos de dia e que vimos claramente resultar de outras psíquicas cuja intrusão o indivíduo não consegue harmonizar.

Na profundidade do sono, tal harmonização não é necessária, e o conteúdo bizarro de sonhos do tipo descrito é tão esquizoide como o da doença plenamente desenvolvida. A minha conceção de sonhos envolve, tal como a de Freud, Jung e outros, a existência de um inconsciente, mas este não está dividido em abstrações metafísicas — Ids ou Egos — dispostas em camadas arrumadinhas como uma caixa de cubos de criança. É permeado por uma psique que muitas vezes se exprime de modo direto, sem máscara. Também nos seus sonhos mais bizarros e desconexos a psique está ativa.

O inconsciente, que é a fábrica dos nossos sonhos, é o reflexo dentro de nós daqueles factores do Cosmos que habitamos à luz do dia. O que escondemos de dia, durante a nossa luta obsessiva na selva da existência, é-nos revelado de noite. No sono, somos banhados pela luz da lua e das estrelas. A sua influência reflete-se nos nossos sonhos. Quem capta essas vibrações cósmicas enquanto dormimos é a nossa psique, porque a personalidade não tem instrumentos para o fazer. O sono é a imagem da morte porque nele a psique desperta para as suas grandes potencialidades e emancipa-se mais da matéria.

É certo que os sonhos surgem do inconsciente. De onde mais poderiam surgir? Mas o inconsciente em que circulam é o inconsciente de todo o nosso passado, presente e futuro, expresso na intemporalidade imposta pela nossa psique e por todas as outras que circulam à sua volta. Admitamos que a doença, a febre alta, o que comemos e a altitude a que dormimos podem afetar o grau em que sonhamos. Mas evitemos a absurda evidência de atribuir os sonhos, com todas as suas verdades ocultas, a causas fisiológicas básicas; e vejamos se, na vida desperta, conseguimos viver aquilo que nos é indicado pelos nossos sonhos mais eloquentes, em vez de os arrumarmos no armário já sobrecarregado do nosso obscurantismo materialista.

Pode resumir-se a convicção dizendo simplesmente que a psique — a companheira imortal que entra em nós na conceção e vive enredada na

personalidade mas não engolida por ela — exerce a sua autoridade na maioria dos nossos sonhos.

CAPÍTULO 19

O DEFICIENTE MENTAL

Deixámos, até agora, por abordar a questão da deficiência mental. À primeira vista, poder-se-ia ser tentado a atribuir esta condição a uma certa inércia psíquica, a uma espécie de morte da alma. Esta visão é totalmente errónea. Nenhuma psique neste mundo está morta. As mais inertes e mais embebidas na matéria revelam frequentemente características completamente diferentes das observadas na deficiência mental. Muitos daqueles em quem a psique funciona a baixa potência são ativos, competentes, perspicazes e, muito frequentemente, bem-sucedidos no mundo. Encontram-se a ocupar lugares elevados no mundo administrativo. Não são perturbados pela intervenção da psique entre a sua personalidade e aquilo que esta deseja adquirir para si a partir da manada. Alguns dos bem-sucedidos deste mundo são, para todos os efeitos, almas mortas.

Poder-se-ia também ser tentado a dizer que, na deficiência mental, a psique está a repousar entre o esforço de diferentes encarnações. É comum, na natureza, um campo ficar em pousio. A natureza está sujeita a pausas gestatórias necessárias. Mais uma vez, estamos a seguir a pista errada.

O deficiente mental é, como todos nós, parte de um padrão cósmico. A sua psique é dirigida a habitar uma personalidade inadequada, que necessitará, toda a vida, do cuidado e proteção dos outros, porque é incapaz de se providenciar alimento e abrigo ou de se proteger de perigos comuns. O deficiente mental é necessário para produzir certas atitudes nos outros. Já dissemos antes que alguns epiléticos atuam como para-raios para descarregar o mal do mundo.

Pelo contrário, a psique do deficiente é dirigida para uma família ou uma pessoa que precisa de desenvolver ou demonstrar atributos mais humanos. Que isto é verdade mostra-se pelo afeto notável que pais — sobretudo mães, mas os pais não estão de modo algum excluídos — revelam por pessoas com deficiência mental. Conhecem-se lares onde há crianças dotadas e um deficiente, e onde a vida da casa gira em torno do "pato coxo". É também notável como muitas comunidades rurais conseguem, com felicidade e humanidade, "levar consigo" um "natural" sem ter de recorrer ao internamento em instituições psiquiátricas. Infelizmente, isto é hoje menos evidente em Inglaterra do que foi. A matilha de assistentes sociais, de tempos a tempos, reúne um número de ovelhas

inocentes. Há alguns anos, fiquei satisfeito ao ver que, no extremo sudoeste de França, ainda havia muitos deficientes marcados cuidados em casa.

Não se pode negar que a deficiência mental denota deficiência genética. Também se acreditou, durante muito tempo, que um factor hereditário era inevitável. Aquilo que foi aceite cegamente no meu tempo de jovem médico está hoje aberto a contestação. Pessoas com deficiência mental nascem frequentemente em famílias onde não há qualquer vestígio de deficiência, de um lado ou do outro, durante gerações. Algumas famílias que geram um único deficiente têm, algures no "armário" familiar, um historial de neurose ou psicose — mas quem não tem? Há meio século dizia-se também que o casamento entre pessoas com deficiência mental produzia inevitavelmente descendência semelhante. Isto simplesmente não é verdade. Conheço um caso de dois deficientes certificados que tiveram um filho que ganhou uma bolsa para uma escola secundária (*grammar school*) numa época em que tais benefícios eram poucos e altamente competitivos.

É certo que a deficiência mental pode ocorrer em mais do que uma geração, devido ao facto de a mesma psique se transmitir de uma geração para a seguinte. Aquilo que foi a psique do pai torna-se a do filho. Este "encarceramento" da psique em gerações consecutivas é absolutamente característico da deficiência mental. Esta psique transmitida pode imprimir na personalidade os mesmos traços, as mesmas semelhanças de gesto, fisionomia e atitude, levando as pessoas a sobrevalorizar a importância da hereditariedade no sentido genético do termo. Uma transmissão tão rápida da psique de uma personalidade para outra, em gerações sucessivas, deve-se ao facto de, no primeiro período, a memória da psique se ter simplificado e limitado, geralmente por um grande choque. Algumas das suas memórias ainda persistem, mas não se revelarão durante duas ou três encarnações.

O fenómeno da deficiência mental mostra, mais do que qualquer outro, que a hereditariedade, no sentido comum da palavra, e o ambiente são menos importantes do que supúnhamos. Nenhum destes factores é tão cardinal quanto o facto de a psique vir de longe e ser atraída para a família que está destinada a habitar. Fora do mundo da deficiência mental, quantas horas de agonia são desperdiçadas por pais convencidos de que transmitiram esta ou aquela tendência para transgredir ou, pior ainda, perguntando o que terão feito para o "fazerem assim". A resposta é que a memória transportada pela psique — ou, no caso do deficiente mental, a depleção de memória — é responsável pela natureza única do indivíduo e, como tal, pela sua diferença, por vezes marcante, em relação ao resto da família.

A "imbecilidade mongolóide" requer menção especial. As crianças com esta deficiência apresentam traços mongóis, sobretudo os olhos oblíquos característicos dessa área do Oriente. Tanto quanto sei, ninguém na profissão médica dedicou reflexão ao facto espantoso de os traços de uma forma de deficiência mental, exibida na Europa e nos seus prolongamentos ultramarinos, assumirem as características de outra raça. Isto pode, naturalmente, levar à suposição de que os de origem mongolóide são inferiores aos de origem europeia. Explicações desse género só podem ser entretidas pelos mais raivosos defensores da tradição Rosenberg-Hitler.

O que dissemos dos deficientes em geral aplica-se também aos "mongóis". Entram no padrão do destino mais para benefício dos pais do que deles próprios. Estão aqui para despertar no seu círculo afeto, caridade e compreensão. O "mongol" consegue este objetivo de modo especial porque é extremamente amável — algo confirmado por praticamente todos os que cuidam deles. Num hospital de deficientes mentais onde trabalhei, havia viva competição entre o pessoal de enfermagem para ver quem ficava responsável pelos "mongóis". Estes são abençoados com grande sentido de ritmo e uma resposta muito sensível à música. São também excelentes imitadores. Estas características são pontes que lhes permitem estabelecer um contacto mais estreito com os cuidadores. Embora a capacidade de comunicação verbal possa ser limitada, o sentido de ritmo "leva" consigo os que os acompanham.

A diferença entre o "mongol" e o deficiente comum é que a psique que reencarna no primeiro é de origem oriental. Alguns, devotados a matérias esotéricas, insistem que são reencarnações de sacerdotes orientais do passado distante. Creio que estas hibridações na reencarnação são menos comuns do que se supõe e que europeus que, em encarnações recentes, foram orientais — por exemplo hindus ou budistas — tendem a ser instáveis e particularmente propensos a perder-se e a deprimir-se na civilização materialista do Ocidente. Isto, claro, só ocorre em pessoas de disposição psíquica, em quem a memória de encarnações anteriores é consciente ou não está muito abaixo da superfície. Conheço um caso assim, com uma encarnação hindu e outra budista entre as últimas cinco vidas, que sofria ataques de depressão ferozmente severos. A existência do "imbecil mongolóide" confirma que a encarnação de psíquicas orientais em personalidades europeias é por vezes acompanhada de anormalidade.

No "imbecil mongolóide" ocorre o mesmo bloqueio de memória que notámos no deficiente comum. O que atravessa o isolamento induzido pelo obscurecimento da memória da psique é a recordação de música oriental com os

seus ritmos, para os nossos ouvidos, mais simples. Isto persiste no deficiente "mongolóide" e estabelece nele um caminho para uma encarnação anterior, da qual a sua psique obscurecida não tem consciência.

Paralisia muscular congénita

Associado ao problema da deficiência mental está o das doenças congénitas em que a paralisia muscular desempenha um papel. São as que, em medicina, se referem habitualmente como distrofias musculares congénitas. Aqui a origem é dupla.

Em primeiro lugar, estão presentes os mesmos factores que na deficiência mental. O padrão cósmico revela-se mais no que é exigido aos pais dessas crianças do que às próprias crianças. Estas são, em graus diferentes, fisicamente desamparadas, ao contrário do deficiente, cuja limitação é mental. O grau de desamparo exibido por crianças nascidas com tais paralisias varia enormemente. Por vezes, apenas um braço ou uma perna está afetado. Por vezes, a limitação é mais severa. Muitas destas crianças são extremamente felizes nos seus vários graus de dependência. As suas psíquicas chegaram às personalidades e às famílias necessárias ao seu desenvolvimento.

O que acabo de dizer não se aplicava a alguns espásticos congénitos que conheci há meio século. Alguns eram propensos a interromper o seu comportamento habitual — muitas vezes acompanhado de inteligência considerável — com surtos de extrema instabilidade. Eram frequentemente casos internados em hospital devido ao grau extremo e evidente do seu defeito. Isso implicava separação da família em que tinham nascido e na qual a unidade era necessária para o contributo deles próprios e da família para o padrão do destino.

Outro factor nesses casos excecionais era que, em muitos, a espasticidade se devia a lesões de parto. A pressão no cérebro causada por estas lesões dava origem a surtos episódicos de excitabilidade cerebral comparáveis à epilepsia, o que tornava socialmente "essencial", aos olhos dos pais, que a criança saísse de casa. Esta fissura no mosaico do destino foi responsável pelos surtos de excitabilidade e violência.

A segunda característica importante nos casos de paralisia muscular congénita é o habitat em que a criança nasce. Um certo número de casos de distrofia muscular congénita surge na proximidade de rios, geralmente de corrente lenta. Tal como há centros de cura onde as vibrações da terra, da luz, do ar e da água são benéficas, há outros em que são desarmonizadas e nocivas. Em segundo lugar, a composição química do leito e das margens do rio é

importante. Os rios cujos terrenos têm ferro e manganês em abundância são seguros do ponto de vista das distrofias musculares. A contaminação do solo com alumínio predispõe, dada a presença de vibrações desarmoniosas, para estas condições.

Muitas destas distrofias são congénitas. A vítima de distrofia tem frequentemente "sucessores" que a seguem durante algumas gerações, até que a tarefa de intensificar a caridade e o amor daqueles que cuidam delas esteja concluída. As crianças que gera herdam da sua psique a capacidade de reencarnar em pessoas semelhantes — pelo menos em amor e caridade — aos pais do originador da doença. Estas doenças tendem a extinguir-se ao fim de algumas gerações. Nem todas as crianças geradas por pessoas com distrofias são igualmente afetadas. Depende do tipo de distrofia.

A deficiência mental e as distrofias podem ser vistas como semelhantes na função, mas opostas no objetivo, à epilepsia. As duas primeiras atraem o amor do mundo; a última, o mal.

CAPÍTULO 20

QUATRO FORMAS POTENTES DE CURA PSÍQUICA

Eis, então, um novo conceito de causalidade das doenças psiquiátricas. Uma grande proporção delas é percebida pela psique e transmitida por ela à personalidade. Aceito a existência das numerosas formas de depressão reativa, devidas à pressão das circunstâncias. Que a depressão possa ser constitucional, ou endógena, é indiscutível. O que me interessa são aquelas formas de depressão cuja causalidade ainda não é aceite, como as trazidas de vidas passadas pela longa memória da psique, ou as induzidas no presente pelas vibrações persistentes do mal na atmosfera.

Que efeito tem este novo conceito de causalidade no tratamento da doença psiquiátrica? O mais importante de tudo é permitir-nos evitar erros grosseiros e perigosos no tratamento. É culposo sugerir a um homem, deprimido por alguma causa perdida numa vida de há vários séculos, que o seu emprego atual é "demais" para ele e que deveria procurar algo modesto, com menos responsabilidade. Todos os dias, vidas e carreiras são arruinadas pela ignorância do médico quanto a tais factos cósmicos. Isto é ainda mais trágico quando recordamos que um grande número de condições induzidas psiquicamente se auto-limitam no tempo. Cessam após a data em que o período mau terminou numa encarnação anterior, ou quando o sujeito altamente telepático aprende que o horror que sentiu se deve a um desastre que atingiu, à distância, um amigo.

Se uma mulher está deprimida por estar fechada num escritório com um transmissor crónico de ódio e de mal, que hipótese tem de evitar um diagnóstico de histeria, sobretudo quando o médico se preocupa mais com sintomas do que com pessoas e não percebe que os sintomas psiquiátricos não se juntam subitamente no ar à volta do doente como mosquitos numa noite de Verão, mas são uma extensão lógica de traços constantemente presentes no carácter do indivíduo? Os médicos tratam continuamente, como se fossem histéricas, depressivas conscienciosas em tais situações; no entanto, a constituição da depressiva é completamente diferente da da histérica.

Se um médico não reparar que um doente se deprime exatamente na mesma altura todos os anos, está a cometer um erro clínico grave. Se reconhecer o factor sazonal e o atribuir apenas ao acaso, está manifestamente a ser tolo. Se for além disso e começar a pontificar sobre reações a sogras ou sobre conflitos reprimidos, está a entregar-se a palavreado, cujos resultados podem ser irreparáveis. Pôr o ónus nas reações pessoais do doente intensifica o sentimento de culpa que, numa depressão de origem psíquica, pode aumentar o risco de suicídio. Quando as perceções psíquicas de uma mulher se intensificam durante a menopausa e quando a sua evolução acelerada é acompanhada de depressão, pode ser potencialmente perigoso desvalorizar isso, rindo e dizendo que é "o tipo de coisa que as mulheres fazem" em certas fases da vida. Quando uma mulher está psiquiatricamente perturbada por reprimir as suas faculdades psíquicas, sondar o inconsciente à procura de impulsos sexuais não operativos é particularmente perigoso.

O problema é que a maioria dos médicos ainda não aceitou a importância dos factores psíquicos na psiquiatria. Isto dificilmente surpreende, uma vez que a maioria não acredita numa psique. O que é imperdoável é negar a existência de uma psique e, ao mesmo tempo, descrever a atividade psíquica como sintoma de doença. Esta confusão entre causa e efeito é intolerável.

Os dons psíquicos podem — sobretudo se reprimidos — estar associados à génese da perturbação psiquiátrica, mas não são, de modo algum, um sintoma dela. Os psíquicos que conheci foram menos neuróticos do que a maioria.

Será que este novo conceito de psiquiatria substitui totalmente os contributos já feitos para o conhecimento? De forma alguma. A própria ideia é absurda. Começando pelo factor hereditário: não há dúvida de que existem pessoas constitucionalmente predispostas à perturbação psiquiátrica. É inevitável que apresentem particularidades de disposição fisiológica, bioquímica e endócrina, que fornecem o mecanismo para a produção dos seus sintomas. Deve entender-se que nenhuma doença, psiquiátrica ou outra, irrompe sem a

harmonização, em vários planos de consciência, de factores que vão do visceral e bioquímico ao psíquico. Não se deve esquecer que estas semelhanças físicas entre diferentes membros da mesma família são impostas pelos genes.

Não se deve pensar que eu rejeito totalmente o que aprendemos nas últimas décadas sobre o efeito do ambiente no carácter e no comportamento. Isso estaria completamente em desacordo com os factos, embora se deva dizer que esta geração exagera a influência do ambiente tanto quanto os médicos do início do século exageraram a influência da hereditariedade. Depende do que se entende por "ambiente". As influências familiares e sociais ajudam, de facto, a moldar os aspetos mais acessíveis do comportamento e do carácter. É inútil negar que os filhos de pais brutais são muitas vezes ou amedrontados ou, pelo contrário, vingativos e rancorosos. Mas aquilo a que chamamos "o nosso comportamento" não somos nós: são fragmentos discretos do nosso ser que mostramos ao mundo. Os nossos pensamentos e sentimentos mais profundos nascem noutro lugar. Como poderia ser de outro modo, se começamos a vida como uma psique, a operar como um todo, com memórias — boas e más — de quantas vidas passadas?

Como poderemos ser primordialmente influenciados pelos nossos pais quando, na conceção, somos atraídos para eles por um magnetismo compulsivo que faz parte do padrão do destino?

Embora as teorias correntes baseadas nos horrores da dominação parental tenham sido exageradas, não será possível que uma grande parte do sofrimento psiquiátrico na infância — endurecendo em sintomas mais resistentes na vida adulta — se deva ao facto de nós, enquanto pais, exagerarmos a nossa responsabilidade pelos filhos e, assim, "jogarmos" demasiado? (Não me refiro ao presente imediato, em que os pais, muitas vezes de forma muito cobarde, rejeitaram qualquer responsabilidade pelos filhos, por medo de serem considerados pouco emancipados.)

Se a experiência do doente em encarnações anteriores o faz ver a vida de uma forma totalmente diferente da dos pais, só pode haver problemas se estes insistirem nos seus direitos e a criança se adaptar ao modo de pensar e de acreditar deles e, ao fazê-lo, virar costas à experiência de milénios. Não importa se a memória longínqua é ou não consciente. A atitude perante a vida é determinada pelas experiências anteriores, profundamente incrustadas no inconsciente, de que nem ele nem os pais podem saber nada a nível consciente. Isto é talvez difícil de aceitar quando a criança herda atributos físicos como olhos verdes e cabelo ruivo e é a imagem viva de um dos pais; mas isso não nos deve

levar ao erro de acreditar que, nas profundezas do inconsciente, os seres humanos são principalmente afetados pela hereditariedade ou pelo ambiente.

Fazem gestos emocionais ou intelectuais para obter paz ajustando-se às exigências das famílias e dos círculos sociais imediatos, mas, na realidade, são seres separados, alojados no seu ambiente presente por um propósito misterioso, antes de passarem, na próxima encarnação, para outro habitat.

Continua a ser tarefa do psiquiatra encorajar o doente a ajustar-se ao seu ambiente mundano, porque é apenas assim que a sua psique pode ter oportunidade de "respirar" um pouco mais livremente. Nesta medida, a preocupação atual com a desadaptação a esposas, maridos e empregos é justificável. Também o são as tentativas de desvendar conflitos enterrados e de corrigir, se possível, atitudes hostis e insensíveis para com os doentes e, sobretudo, para com as crianças.

Tudo isto é válido, desde que o psiquiatra perceba que está a fazer pouco mais do que primeiros socorros psiquiátricos. Está a ligar uma ferida cuja profundidade desconhece. É também necessário que continue com antidepressivos, tranquilizantes e eletroconvulsivoterapia, devido às particularidades da constituição física e da química do sangue, que nos inclinam para diferentes perturbações psiquiátricas e nos permitem responder a métodos físicos de tratamento. Claro que isto encoraja o público a repetir a velha acusação de que tratamos os sintomas e não a causa; mas isto, se soubessem, é o que fazemos há séculos.

Pode perguntar-se, com razão: se a psique é tão importante na psiquiatria, porque é que uma proporção maior de casos psiquiátricos não revela dons psíquicos? Para mim, é surpreendente e significativo que um homem da minha geração (tenho mais de setenta anos) tenha encontrado tantos indivíduos psíquicos. Fez parte do padrão cósmico que eu, psiquiatra, estivesse envolvido com um grupo de dualistas reencarnados, para me permitir apreciar o papel que os factores psíquicos desempenham na produção de doença psiquiátrica. Isto, em última análise, não significa que eu tenha dons especiais. É tudo uma questão da idade da psique e do que ela aprendeu com a experiência. A ideia de uma elite limitada, com perceções raras governadas por leis especiais não aplicáveis à maioria, é totalmente insustentável.

Aguardo o dia em que se verá mais claramente que o futuro da psiquiatria está na parapsicologia. Esta feliz eventualidade deve depender, em alguma medida, do caminho que a civilização tomar. É possível que um totalitarismo materialista reprima o indivíduo psíquico. Pior ainda: pode exigir-se que ele use

os seus talentos para promover os interesses do bloco de poder em que está enredado. É significativo que a perceção extrassensorial atraia grande atenção para lá da cortina de ferro e nos EUA. É ingénuo ver isto como outra coisa que não ominosa. A combinação de atividade psíquica com vontade de poder é sempre perigosa e, à escala nacional, mortífera.

É impossível prever o futuro da psiquiatria porque nos tornámos todos criaturas do Estado e a psiquiatria também poderia vir a tornar-se sua serva, em vez de consolação dos indivíduos. Isto já aconteceu na Rússia, onde a psiquiatria e certos fármacos conseguem o que antes se obtinha por interrogatórios dia e noite, privação forçada de sono e tortura mental e física.

Se, pelo contrário, pudermos antecipar um futuro em que nos seja permitido crescer em liberdade, será necessário ultrapassar e abandonar muitas atitudes a que, em diferentes épocas, aderimos com fervor. A abordagem hereditária que prevaleceu no virar do século não nos levou a lado nenhum. A teoria de que o meio familiar e social é determinante continua a ser uma obsessão dos escritores profissionais, que não veem que uma terapia baseada na suposição de que o homem é primordialmente produto do seu ambiente é meio caminho para o horror pavloviano-behaviorista. É seguramente significativo que, apesar da enorme literatura — leiga e médica — produzida sobre a teoria analítica, muitos psiquiatras tenham regressado da psicoterapia aos métodos físicos de tratamento, com fármacos e eletroconvulsivoterapia. Não é justo atribuir esta preferência apenas ao materialismo. O facto simples é que os resultados da psicoterapia não são os que se esperavam. Quando têm sido bons, deve-se mais à natureza do psiquiatra — sobretudo à sua capacidade de contacto psíquico — do que à técnica terapêutica envolvida.

Vemos sinais de melhores esperanças no horizonte? Notamos atividade entre os behavioristas, mas isso é regressão e não progresso, pois assenta na ideia de que, sendo a resposta ao ambiente tudo, é um avanço ajustarmos artificialmente os nossos meios para nos fornecerem o grau de dor ou prazer necessário para a nossa salvação — ou coerção. Na terapia de aversão, o homem é reduzido ao estatuto de animal experimental. O alcoólico é medicado de tal modo que, se voltar a beber, fica rapidamente enjoado como um cão. A crueza mais recente desta forma de terapia é tratar doentes com rituais compulsivos obrigando-os a continuar a lavar-se, impondo-lhes todo o tipo de tarefas repugnantes e degradantes. Procurar dissipar sintomas por esta via cheira a cacete e a campo de concentração.

Pouco melhor se pode esperar da terapia de grupo. Não se ocupa do homem na sua realidade básica, mas da sua capacidade de reagir ao seu fundo

social. Ocupa-se apenas da personalidade egocêntrica, porque as reações a favor e contra o grupo dizem respeito, primariamente, ao choque de personalidades. Não há lugar para qualquer componente imortal num tratamento desta natureza. A expressão "terapia de grupo" mostra até que ponto os seus organizadores escolheram o rebanho em detrimento do Cosmos.

Como mudamos este estado de coisas? A questão é simples de enunciar e difícil de concretizar. O que precisamos é de um novo tipo de psiquiatra — fundamentalmente, de um novo tipo de médico — e de uma nova abordagem à medicina e à psiquiatria. Comecemos pelo médico.

Por vezes penso que a primeira etapa na seleção de estudantes de Medicina deveria consistir em sentar cada candidato, sozinho, num banco de um jardim público e, após algumas horas, contar o número de transeuntes ocasionais que se sentaram em cada banco e conversaram com o seu ocupante inicial. Após esta prova preliminar, poderia então proceder-se à avaliação da inteligência potencial, da capacidade percetiva e da cultura do candidato. Isto permitir-nos-ia, pelo menos, dispor de alguns médicos com quem os doentes pudessem estabelecer um contacto natural. Poderia até contrariar a tendência contemporânea dos médicos para se rodearem de batalhões de mulheres diligentes, conscienciosas e destituídas de discernimento, cuja principal função é impedir que os doentes tenham acesso ao seu médico.

Ao longo de toda a minha vida profissional na Medicina, pareceu-me que a formação do estudante de Medicina é fundamentalmente errada. Ele especializa-se em Química, Física e Biologia desde os quinze anos de idade. Algumas faculdades de Medicina exigem Matemática. De que serve esta disciplina ao médico médio, salvo talvez para o convencer de que aquilo que espera exercer não é uma arte, mas uma ciência materialista? Pode argumentar-se que, sem uma abordagem científica de laboratório, nunca teríamos tido a penicilina; mas, por outro lado, sem o folclore e a observação empírica, nunca teríamos tido antibióticos. O efeito inibidor dos bolores sobre as infeções foi observado já na Idade Média.

A descoberta das vitaminas foi certamente um avanço científico na terapêutica, mas o uso da vitamina C para combater infeções era conhecido há sete séculos. A digitalina, extraída da dedaleira, era utilizada de forma extensa e empírica, sem compreensão científica do seu mecanismo de ação, neste país, no século XVIII. Já tinha sido empregue, embora de forma menos reconhecida, ainda séculos antes. Os medicamentos mais úteis da farmacopéia foram utilizados muito antes de compreendermos o seu modo de ação.

Não consigo perceber como um médico pode exercer a Medicina — e certamente a Psiquiatria — sem saber o que o ser humano pensou acerca de si próprio e da sua relação com o Cosmos desde que a História o regista no seu próprio continente. Se puder estudar outras culturas, tanto melhor, mas as conclusões que daí possa retirar poderão ser falaciosas devido às diferenças arquetípicas entre as diversas raças.

Duas ou três sessões por semana poderiam, certamente, ser dedicadas, numa fase inicial do currículo médico, ao estudo do que o homem pensou acerca da relação entre a psique e o Cosmos desde, talvez, os Mistérios de Elêusis, no seu apogeu antes de 1500 a.C. Três horas semanais consagradas a tal propósito seriam muito mais valiosas e práticas do que horas estéreis passadas na dissecação interminável e detalhada do corpo humano, dedicadas à exposição de nervos e capilares minúsculos, cujo conhecimento é completamente inútil para todos, exceto para uma pequena proporção de cirurgiões.

Seguramente, não se pode — nem se deve — exercer Psiquiatria sem saber o que Pitágoras e Platão pensavam acerca do destino da psique. O perigo da Psiquiatria moderna é o de ser um substituto ilusório de culturas mais profundas. Quanto mais o psiquiatra acredita que a profundidade começou com Freud, menos apto está para exercer. O estudante deveria possuir mais do que um conhecimento superficial da prodigiosamente rica cultura com que a Europa foi abençoada ao longo de milénios. Se, em Psiquiatria, lidamos com o alívio da agonia humana, é seguramente necessário conhecer o que os grandes dramaturgos e romancistas, bem como os grandes filósofos, disseram sobre o assunto, pois a condição humana é a sua matéria-prima fundamental.

A cultura do estudante médio de Medicina é enxertada em alguns débeis rebentos do Iluminismo francês de meados do século XVIII, que assentava na enorme e fútil falácia — que desde então provámos repetidamente estar errada — de que, se melhorarmos o ambiente do homem, ele automaticamente se sente melhor e melhora. Qualquer pessoa que olhe retrospetivamente para os anos de guerra e de crise do pós-guerra saberá que o número de casos de ansiedade e depressão foi mínimo quando comparado com o que surgiu no contexto da sociedade afluente. Precisamos de médicos capazes de ajudar os outros a enriquecer a sua natureza interior, em vez de pregarem a heresia tóxica e fácil de que, se o homem adoece, não é por alguma falha em si próprio, mas devido à hostilidade do seu meio.

Para tratar doentes psiquiátricos é necessário vê-los como um todo, algo que nunca fizemos antes. Isto não pretende ser uma afirmação provocatória ou leviana. Embora não seja Medicina tratar a doença e não o doente — e

demasiados médicos, incluindo psiquiatras, cometem esta falta — evoluímos pelo menos, lenta e dolorosamente, até reconhecermos que os conflitos emocionais predispõem ou precipitam doenças psiquiátricas e físicas, e que certos tipos de constituição psicológica nos tornam propensos a doenças específicas. Mas isto não é suficiente.

Para curar o doente temos de o ver e encontrar ao nível psíquico. Ora, as pessoas, certamente os ocidentais, não podem ser treinadas para alcançar esta forma de fusão; ela é essencialmente inata. O que digo pode parecer desanimador, mas tal visão não é justificável. Existem médicos de quem os doentes dizem que o simples facto de os ver já os faz sentir melhor. Recordo-me de um cirurgião cuja capacidade de elevar o humor e o moral de uma enfermaria cirúrgica era milagrosa.

Estamos, então, perante médicos com um desenvolvimento modesto do dom da cura. Diz-se que este dom é inato e não pode ser implantado, mas, pelo menos, é algo que leva tais pessoas a entrar — ou levava, outrora — na profissão, e em número maior do que se poderia imaginar. Aqui chegamos ao cerne da questão: reconhecemos nós a existência de um dom de cura e, se o reconhecemos, conseguimos atrair para a profissão — e sobretudo para a Psiquiatria, que no nosso tempo lida com o maior número de vítimas — aqueles que o manifestam?

A Igreja é censurada porque, embora no Cristianismo primitivo a cura dos doentes fosse equiparada à pregação da Palavra, a primeira foi deixada cair durante muitos séculos. Não estou a menosprezar o cuidado dos doentes prestado pelas ordens religiosas, mas a salientar que a Igreja foi, durante séculos, incerta e desconfiada relativamente ao dom da cura. Mas que dizer da profissão médica que, nos seus momentos expansivos, após o jantar, aceita de bom grado ser designada como a arte de curar, mas encara com suspeita — ainda que um pouco menos profunda na última década — qualquer pessoa que manifeste um dom de cura? Estará a profissão justificada na sua cautela? Dispomos de provas suficientes para aceitar a existência de um dom de cura?

Escrevendo unicamente a partir da minha própria experiência, existem quatro formas de cura em que a ação da psique predomina. Não me alongarei aqui sobre aquilo que considero estar conclusivamente provado e que tratei noutros locais. Levanto a questão porque ela se relaciona com a das qualificações exigidas ao psiquiatra, num futuro idealizado que, reconhecidamente, poderá nunca concretizar-se. Não se pode afirmar que a civilização continuará; apenas se pode prever que características manifestará se continuar a construir sobre as suas raízes anteriores.

A forma mais potente de cura psíquica é a cura fora do corpo, na qual a psique do curador, estando este domiciliado noutro local — possivelmente a centenas ou milhares de quilómetros — aparece junto ao leito do doente e pousa sobre ele as suas mãos insubstanciais. Utilizo o pronome pessoal feminino porque as curadoras mais potentes que conheci foram mulheres.

Conheci um médico, membro sénior da sua faculdade numa instituição médica de renome mundial, que foi curado de um cancro da garganta por tais meios e que ficou tão convencido de que fora salvo por visitas fora do corpo que descreveu o seu próprio caso nesses termos à sua sociedade clínica. A curadora em causa participou em muitas intervenções desse tipo. Entre outras coisas, curou (nas suas visitas fora do corpo) uma meningite viral num doente que se encontrava na lista de perigo. Tratava-se do filho de outro médico, provavelmente o mais arguto diagnosticador que alguma vez encontrei, e que não tinha quaisquer dúvidas acerca de a quem deveria atribuir a cura do seu filho.

A segunda forma mais potente de cura psíquica é a assunção, pelo curador, dos sintomas do doente. Tal ocorreu no caso de uma médica que sofreu uma fratura da tíbia num acidente de automóvel a cerca de sessenta milhas da casa da sensitiva, a qual adquiriu a dor do impacto, bem como o inchaço, a descoloração e a sensibilidade aguda do terço inferior da perna e do pé, sinais e sintomas que representavam a fratura da tíbia. Eu próprio senti a separação dos fragmentos ósseos na tíbia da sensitiva.

A mesma sensitiva assumiu os sinais e sintomas de um cirurgião ortopédico envolvido, a grande distância, em dois acidentes graves. Num deles, o seu automóvel colidiu com um camião. O para-brisas ficou estilhaçado e o seu rosto foi gravemente cortado, tendo os olhos sido afetados por inúmeros fragmentos de vidro. Um cirurgião plástico colocou vinte e sete pontos no seu rosto. Um oftalmologista informou o doente, no mesmo dia, de que a sua visão ficaria permanentemente comprometida. A vítima não sentiu qualquer dor resultante do acidente. A dor e os restantes sintomas tinham sido adquiridos pela sensitiva. Aconteceu que eu a encontrara nesse dia e caminhava com ela quando, em menos de segundos e no momento do acidente, ela adquiriu uma conjuntivite aguda em ambos os olhos, juntamente com um espasmo tão intenso das pálpebras que quase não conseguia abrir os olhos. O resultado final foi que não houve cicatrizes resultantes dos vinte e sete pontos no rosto do cirurgião, nem qualquer comprometimento da visão.

No segundo acidente, o mesmo cirurgião sofreu queimaduras graves no rosto e nas mãos quando um recipiente de gás butano explodiu. Mais uma vez,

os seus colegas cirurgiões prognosticaram cicatrizes no rosto e nas mãos e advertiram-no de que a função destas poderia ficar comprometida. Este era um ponto crucial no caso de um cirurgião ortopédico, que foi também avisado de que passariam semanas antes de poder regressar ao trabalho. Mais uma vez, a sensitiva em causa assumiu a dor e a sensação de queimadura no momento em que o cirurgião ortopédico sofria dessa forma. O resultado final foi que não houve cicatrizes no rosto nem nas mãos, e estas não apresentaram qualquer comprometimento funcional. Contrariamente ao prognóstico sombrio, regressou à consulta externa no prazo de uma semana. Deve notar-se que, mais uma vez, o objeto da cura psíquica foi um médico, que demonstrou a sua aceitação total da intervenção da sensitiva ao conceder-me autorização para citar o seu caso numa conferência que proferi sobre a cura.

A terceira forma potente de cura psíquica envolve aquilo que, para muitos, constitui a delicada questão da intervenção de entidades desencarnadas. Já vimos de que modo tal intervenção pode produzir doença, incluindo — e de forma particular — perturbações psiquiátricas. Poderá essa mesma intervenção também aliviar e curar? Para mim, esta não é uma questão em aberto. Estou totalmente convencido, por experiência pessoal, da sua realidade.

Em numerosas ocasiões, recebi diagnósticos e prognósticos relativos a um grande número de doentes transmitidos por desencarnados. Fui especialmente auxiliado por uma entidade feminina, que não fora médica nesta vida. Um outro desencarnado masculino tinha sido um médico de grande distinção. Em nenhuma ocasião estes dois se enganaram. Afirmaram, corretamente, que pessoas aparentemente em estado terminal recuperariam quando os médicos lhes davam, no máximo, algumas semanas de vida.

Uma mulher com leucemia, cuja estatura e peso normais eram, respetivamente, cerca de um metro e sessenta e sete e cinquenta e sete quilos, deteriorou-se ao ponto de o seu peso descer para menos de trinta e dois quilos. A sua contagem sanguínea, que numa mulher saudável se situa normalmente nos valores elevados dos oitenta ou noventa, caiu para os quarenta baixos. Apresentava todas as alterações hematológicas que tornavam inevitável o diagnóstico de leucemia. Um médico deu-lhe três meses de vida — outro, seis. Os desencarnados afirmaram que, se ela mudasse a sua residência da costa oriental para a costa ocidental do seu país, sobreviveria. Cinco semanas após essa mudança, o seu peso ultrapassava largamente os cinquenta quilos e a sua contagem sanguínea regressara aos valores da casa dos oitenta. O médico sénior do hospital de renome mundial que a acompanhara teve o cuidado de me telefonar para dizer que o seu diagnóstico fora cem por cento correto, mas o

seu prognóstico cem por cento errado. Acrescentou que a sua cura — que, aliás, é manifestamente permanente — era inexplicável em termos da ciência médica e não atribuível a qualquer tratamento que tivesse recebido.

Noutro caso, uma mulher que perdera ambos os seios devido a cancro e que apresentava envolvimento secundário difuso do fígado — este último geralmente considerado um sinal extremamente grave — foi considerada irremediavelmente perdida pelos seus médicos, que entenderam que lhe restavam apenas algumas semanas de vida. Foi descrita pelos desencarnados como estando em via de recuperação e encontra-se hoje viva e de boa saúde.

Em muitos dos casos que mencionei, os desencarnados limitaram-se a expressar uma perspetiva diferente da dos médicos. Foram mais longe no caso da jovem com leucemia, ao sugerirem uma mudança de habitat. Numa proporção de casos, impuseram as suas mãos imateriais sobre os doentes, por vezes em cooperação com seres humanos igualmente envolvidos nesse processo.

Até agora citei apenas, por duas razões, o efeito da intervenção dos desencarnados em casos de doença física. Em primeiro lugar, essas doenças e acidentes eram de tal gravidade que a sua cura psíquica se tornava ainda mais impressionante. Em segundo lugar, em todos os casos citados estavam envolvidos médicos, seja como doentes, seja como testemunhas da realidade da cura psíquica. Importa sublinhar que o número de casos em que os desencarnados intervieram com êxito para exortar, persuadir e impor mãos insubstanciais a pessoas com perturbações psiquiátricas e a sofrer de excesso de tensão e depressão excede o das suas intervenções em doenças físicas. Por vezes, a intervenção foi direta; noutras ocasiões, ocorreu através de um agente vivo.

Conheci muitas situações em que um psiquiatra distinto previu, com exatidão de um dia, junto da família e dos amigos, o momento em que depressões graves, que requeriam tratamento electroconvulsivo, sofreriam uma viragem — e, além disso, uma viragem súbita e inexplicável para melhor. Isto é algo que nenhum psiquiatra em pleno uso das suas faculdades, lidando com uma doença tão ilimitada e não circunscrita como a depressão, seria normalmente esperado fazer.

O psiquiatra em questão estava não só em pleno uso das suas faculdades, como era altamente distinto. Conseguia exercer aquilo que parecia ser um grau deslumbrante de intuição porque a sua perceção inata e penetrante era reforçada pela influência de um colega falecido que eu também conhecera. Foi

extraordinário para mim ouvi-lo falar comigo na linguagem do seu predecessor falecido.

Mencionei a imposição de mãos psíquicas por parte de desencarnados. Esta técnica, quando praticada por vivos, desde que possuam um grande dom de cura, constitui a quarta forma mais potente de cura. Refiro-me aqui à imposição direta das mãos físicas sobre o doente, e não àquilo que pode ocorrer em manifestações fora do corpo. A esposa de um médico, que após um herpes zoster sofrera durante semanas de dores pós-herpéticas agonizantes, foi curada no espaço de quarenta e oito horas pela imposição das mãos de uma sensitiva. Noutra ocasião, a mesma pessoa curou uma médica de uma depressão agitada pelo mesmo método, em vinte e quatro horas. Falei com a doente no dia anterior ao tratamento. Estava convencido de que menos de um mês de terapêutica com antidepressivos potentes seria inútil e teria ficado muito mais satisfeito se tivesse recebido de imediato tratamento electroconvulsivo. A sua melhoria no espaço de um dia foi estonteante.

Conheci muitos outros estados de ansiedade-depressão e de tensão tratados por tais métodos, nos quais a melhoria ocorreu a um grau e a uma velocidade que jamais poderiam ter sido alcançados pela psiquiatria ortodoxa.

Até que ponto poderá uma tal cura psíquica, como a que descrevi, ser utilizada no futuro no tratamento de perturbações psiquiátricas? Em cada geração existirá um pequeno número de pessoas capazes de curar outras a milhares de quilómetros de distância por meio de visitas fora do corpo. Uma minoria igualmente diminuta consegue curar assumindo os sintomas dos outros até ao grau que descrevi. Estas pessoas são tão excecionais e tão poucas que não é possível construir qualquer abordagem médica com base nelas.

Resta-nos a utilidade terapêutica dos desencarnados, erradamente chamados guias espirituais. Poderão também estes ser utilizados de forma regular, cooperando com médicos vivos, para curar casos psiquiátricos? A resposta é que tal técnica tem sido utilizada, como referi anteriormente, no Brasil, onde um método de cooperação entre médicos qualificados e guias desencarnados é empregado desde o século passado.

Mesmo que aceitemos que uma terapêutica baseada na colaboração entre médicos e desencarnados é possível, não consigo ver como — dentro de um prazo razoável — ela possa ser integrada de forma coerente numa nova abordagem da psiquiatria. Mais uma vez, o número daqueles que possuem dons específicos é demasiado reduzido. Porém, quando chegamos à questão da imposição das mãos, a situação é diferente, pois o número dos que são capazes

de a praticar é maior, a eficácia do curador é aumentada pela prática e, acima de tudo, ela pode ser incorporada numa abordagem terapêutica solidamente fundamentada e fisiologicamente válida.

Quando afirmo que o número dos capazes de curar pela imposição das mãos é maior do que o dos curadores fora do corpo, isso não significa que o dom seja comum ou inato em muitos. Uma das falácias patéticas do nosso tempo é a ideia de que todos podem curar desde que acreditem nisso e se deixem levar. Após séculos de repressão da psique, isto simplesmente não é verdade.

Antes de mais, o curador deve ser claramente reconhecível como tal. A esperança e a boa vontade não são suficientes. Deve possuir — ou desenvolver num prazo razoável — os sinais clássicos de cura que acompanham o uso das mãos: um formigueiro fino, semelhante a picadas de agulhas, calor, sensação de pulsação e vibrações subtis que por vezes evoluem para tremores. O formigueiro, a pulsação e o calor são por vezes também transmitidos ao doente. Este pode sentir, em determinadas condições — por exemplo, em doenças ou acidentes articulares — que o calor é profundo e penetrante. Além disso, o curador deve demonstrar possuir outros dons psíquicos. Um grande poder de cura não se encontra simplesmente na ausência de clarividência, precognição e telepatia. Uma memória detalhada de vidas passadas, que abarque mais de uma encarnação, traz sempre consigo o poder de curar. O curador deve ainda adquirir o conhecimento necessário sobre onde colocar as mãos. A imposição das mãos é uma arte e uma ciência, e não um ritual semi-religioso que se espera beneficie um alvo indefinido.

Este conhecimento acerca da colocação das mãos baseia-se no facto de que curadores muito potentes, como os que descrevi, percebem a doença e emitem radiações curativas através dos grandes centros nervosos do corpo, sobretudo o cérebro e os plexos solar e sacral. O plexo solar emerge da coluna vertebral a um nível correspondente àquilo que, à superfície, se designa por boca do estômago. O plexo sacral situa-se perto das vértebras inferiores da coluna.

Este conhecimento relativo à disposição das mãos é simultaneamente tradicional e atualmente praticado por aqueles que possuem dons adequados. No que respeita ao seu aspeto tradicional, os chakras hindus representam centros através dos quais o mal da doença pode entrar ou o bem da cura pode emanar. Este tipo de conhecimento foi incorporado na prática curativa dos sacerdotes da Igreja Celta na Grã-Bretanha antes da sua romanização. Vi, numa igreja do País de Gales, uma antiga pedra celta decorada com aquilo que só

poderia ser uma representação estilizada do cérebro e dos plexos solar e sacral. As posições em que estes últimos estavam representados eram todas fisiologicamente corretas.

Os sacerdotes cátaros do século XIII estavam notavelmente preocupados com a medicina. É evidente que eles, tal como a Igreja Celta antes deles, tomaram à letra a injunção de Cristo de que o dever da Igreja era curar os doentes, bem como pregar a Palavra. Nos tempos celtas, o tratamento era dado aos doentes estimulando e utilizando de forma mais eficaz a energia curativa libertada pelas emanações dos três grandes centros nervosos mencionados. Isto era alcançado na Igreja Celta pela colocação das mãos sobre essas áreas.

Na medicina cátara do século XIII, o mesmo efeito era obtido por uma variante deste método, colocando as mãos onde os grandes nervos do corpo se aproximam mais da superfície. O efeito era o mesmo. O objetivo dos cátaros era simplesmente aceder ao poder dos plexos profundamente situados nos pontos onde os grandes nervos que deles emanam eram mais acessíveis.

Dado que as Igrejas Celta e Cátara tinham tanto em comum com certos aspetos da prática cristã primitiva, parece-me inconcebível que os próprios cristãos primitivos não tenham praticado um sistema de medicina semelhante ao empregado nas comunidades celtas e cátaras. As Escrituras falam extensamente da imposição das mãos. Considero que esta prática era uma arte e uma ciência, bem como uma manifestação religiosa. Não a posso encarar como um mero gesto benéfico e generalizado. Fazê-lo é perpetuar a ideia aterradora — a cruz em que a Europa foi crucificada — de que a religião, a ciência e a arte representam disciplinas separadas, cada uma com as suas verdades ou não-verdades próprias, seguindo caminhos independentes. Sem a compreensão de que religião, arte e ciência são ritmos variados da respiração do homem inteiro, mais vale desistirmos e escutar, com respeito, os políticos.

Para além do conhecimento tradicional associado ao cérebro e aos grandes plexos, podemos estudar a sua utilidade atual, desde que o tratamento seja realizado por pessoas altamente dotadas e experientes. No que respeita à experiência, muitos dos melhores praticantes destes métodos de tratamento tinham sido instruídos por desencarnados. A curadora que melhor conheci tinha as mãos deslocadas de um ponto para outro — sobretudo quando cometia um erro na sua colocação — por um desencarnado com quem praticara a cura sete séculos antes. Recebeu instruções detalhadas sobre o ponto exato em que as mãos deveriam ser colocadas no sistema cátaro. Não darei pormenores por escrito, não para preservar algum misticismo supersticioso, mas para evitar a

criação de falsas esperanças por parte daqueles que se dizem curadores, sem terem capacidade para tal.

A utilização dos grandes centros nervosos do corpo na cura de perturbações psiquiátricas baseia-se na ideia de que existem três tipos básicos de transmissores psíquicos, que percebem e emitem vibrações através dos diferentes centros mencionados. O emissor cerebral é aquele que emana bondade e cura diretamente a partir do cérebro. Isto varia em grau, desde pessoas cuja mera presença nos faz sentir melhor de imediato, até esses emanadores poderosos que, quando curam, dão a impressão de que uma grande bateria foi ligada nas suas imediações. O tipo de cura que produzem é total, no sentido em que todo o corpo do doente fica carregado de calor — e também o do curador, a ponto de por vezes este se sentir desconfortavelmente quente e transpirar. Este desenvolvimento extremo da capacidade de cura cerebral é raro. Cura, não dirigindo a energia curativa a um órgão particular ou a um conjunto de sintomas, mas produzindo uma harmonia do todo em que síndromes mórbidos isolados se dissipam.

Emanadores deste tipo são particularmente suscetíveis a lesões cerebrais, sobretudo lesões cardiovasculares, como as diferentes formas de apoplexia. Estas tendem a ocorrer numa idade mais precoce do que a habitual em transmissores muito ativos.

A área cerebral é uma das que são frequentemente tratadas na imposição das mãos. As mãos são colocadas na testa e na parte de trás do pescoço. Embora condições como a enxaqueca possam ser rapidamente aliviadas por curadores verdadeiramente potentes, a principal função da imposição das mãos sobre a área cerebral é induzir relaxamento. Isto é muito útil para o emanador cerebral esgotado, drenado por atividade excessiva, mas também podem obter-se excelentes resultados, com curadores realmente dotados, em não-psíquicos excessivamente tensos.

A maioria dos psíquicos comunica através do plexo solar. As pessoas que captam e assumem os sintomas dos outros são aquilo a que se poderia chamar recetores do plexo solar. O mesmo sucede com as pessoas que absorvem as depressões alheias. Não me refiro ao efeito desgastante de viver num ambiente deprimido, ou com pessoas deprimidas, nem ao efeito de exercer vocações como a psiquiatria, em que se está em contacto constante com o sofrimento humano. Refiro-me àqueles que captam de imediato as depressões dos outros da mesma forma que contraem gripe — embora este último processo fosse muito menos rápido.

As pessoas cujos estômagos se esvaziam rapidamente por hiperatividade duodenal quando alguém está a «puxar» por elas à distância são recetores do plexo solar. Não é surpreendente que pessoas deste tipo sintam por vezes uma espécie de pontada indefinível no plexo solar quando se estabelece contacto psíquico com outro e ocorre cura. Os curadores fora do corpo são, geralmente, do tipo plexo solar, embora, no seu caso, não atuem de forma recetiva, mas antes irradiando e dispersando a sua psique à distância. Alguns, assim envolvidos, sentem um puxão no plexo solar e um vazio indescritível que coincide com a partida da psique.

As pessoas cuja capacidade transmissora opera ao nível do plexo solar estão sujeitas a doença coronária, duodenal e colónica. Isto não surpreende, pois os nervos que saem do plexo solar controlam os movimentos do coração, dos intestinos e de outras vísceras. A imposição das mãos, aplicada ao plexo solar, tem um efeito geralmente relaxante, mas difere do tratamento aplicado à cabeça por ser mais tónico e por restaurar as energias esgotadas do doente, muitas vezes com rapidez notável. Isto não surpreende, uma vez que, ao tratar o plexo solar, estamos — através dos nervos que dele emergem — a restaurar a circulação sanguínea.

A cura ao nível do plexo sacral é, em grande medida, uma modalidade ausente, ocorrendo tipicamente entre pessoas que se conhecem de várias encarnações, mas que se encontram separadas. O facto da separação torna impossível a imposição das mãos na área sacral.

Este breve esboço da justificação fisiológica e psicológica da imposição das mãos não pretende abordar os refinamentos do tratamento aplicáveis a diferentes perturbações psiquiátricas. O que digo — e isto já é bastante — é que os efeitos do tratamento aplicado por psíquicos realmente dotados a pessoas que sofrem de tensão e depressão produzem resultados muito mais rapidamente do que os tranquilizantes e antidepressivos que constituem o arsenal atual dos médicos. Naturalmente, deparamo-nos com a dificuldade de apenas uma minoria destes curadores conseguir tais efeitos.

É possível que, no futuro, o número desses terapeutas aumente, mas é um otimismo fácil supor que assim será. Mais relevante é a questão: será possível encaminhar estas pessoas para a profissão médica? É improvável que isso aconteça enquanto a Medicina permanecer um ramo degradado da Função Pública. O slogan «Tem de aprender a viver com isso, dona Maria», proferido por demasiados receitadores lentos e mecanicamente mentalizados, não é suscetível de encorajar o candidato a estudante de Medicina com interesse na cura. A minha convicção é que, embora o número de pessoas com capacidade de

cura esteja a aumentar, em paralelo com o aumento da memória de vidas passadas, não devemos alimentar a ilusão de que qualquer pessoa pode curar e de que indivíduos com dons mínimos podem ser treinados ao ponto de obterem resultados positivos.

A ideia de que o futuro da psiquiatria poderá envolver a estimulação ou a sedação dos grandes plexos nervosos através da imposição das mãos pode parecer reacionária e indicar que estamos a devolver a psiquiatria aos neurologistas. Isso não é verdade. O que se vislumbra é um avanço claro, na medida em que reconhece algo que nós, na Medicina, temos sido demasiado lentos a considerar: o factor eletromagnético na doença e no seu tratamento. Agarrámo-nos durante demasiado tempo à ideia de que a abordagem bioquímica, através dos fármacos, é a nossa tábua de salvação.

Se ficamos subitamente deprimidos por causa de um acidente ou de outro desastre que aconteceu a alguém a centenas de quilómetros de distância, só o podemos ser em virtude da nossa capacidade de perceber certos tipos de vibração. Não será lógico que uma depressão assim induzida possa ser tratada por outro tipo de vibração — a transmitida pelas mãos do curador que, através da sua psique, estabelece contacto, por diferentes zonas de consciência, com a fonte última do ser? Continuamos também a ter um papel enorme a desempenhar ao escutar verdadeiramente os doentes para que, atravessando a teia do nosso próprio intelectualismo, acabemos de algum modo por falar às suas psiques. Não se sabe como este desfecho feliz é alcançado. Tudo o que se pode dizer é que os psíquicos que conheci estavam dotados de uma inteligência prática que lhes permitia chegar ao cerne da questão mais rapidamente do que outros e conferir ao doente o bem inestimável de ter fé e confiança neles.

QUATRO FORMAS POTENTES DE CURA PSÍQUICA
POSSESSÃO E EXORCISMO

Neste livro ficou claro que uma grande parte da doença psiquiátrica é atribuível à possessão. Trata-se de uma questão importante, pois muitas vítimas de possessões graves são pessoas com uma capacidade especial de emanar bondade e, como tal, constituem alvos privilegiados do poder do mal. Como se trata a possessão? Isto conduz inevitavelmente à questão do exorcismo.

Tal parece uma consequência natural para sacerdotes de diferentes denominações. Estes encaram o indivíduo como invadido por uma entidade maligna e partem do pressuposto de que ela só pode ser expulsa pelo poder da bondade. O que se entende exatamente por esta última expressão não é claro.

Um sacerdote anglicano especializado neste tema declarou, numa conferência, que possuímos uma proteção intrínseca contra entidades possessivas na presença de Jesus Cristo dentro de nós. Sendo assim, parece estranho que alguém alguma vez se torne possesso.

No exorcismo procura-se concentrar um poder de bondade sob a forma de um cerimonial verbal, com o objetivo de expulsar uma entidade invasora maligna. Na prática, confronta-se um poder com outro. O resultado é mais suscetível de ser um aumento da tensão, da depressão e do horror. É também lamentável que muitos párocos ou agentes pastorais pareçam pensar que, sendo a possessão uma visitação maligna, deve haver algo de mau nas vítimas que tenha atraído a atenção de um desencarnado errante. Esta ideia é perigosamente e desumanamente incorreta. A possessão é frequentemente concebida para eliminar aqueles que possuem a capacidade de emanar bondade.

A ideia de que a possessão implica maldade por parte do possesso é imensamente perigosa, porque leva alguns dos que praticam o exorcismo a investigar o possesso em busca de sinais de culpa e das razões dessa culpa. Tal pode acentuar a culpa do possesso até níveis suicidários, sobretudo quando o principal sintoma apresentado é a depressão. Em segundo lugar, pode estimular comportamentos violentos por parte da vítima.

Apesar disso, o exorcismo pode ser de grande valor se o exorcista emanar bondade e possuir o dom da cura, ou se a sua atuação for acompanhada por indivíduos igualmente dotados. Também não deve ser esquecido que a psiquiatria tem algo a oferecer. Pode parecer uma ideia grosseira eliminar entidades possessivas por meio de uma descarga elétrica, mas os resultados do tratamento de depressões devidas à possessão por terapia electroconvulsiva são extraordinariamente bons.

A análise dos resultados obtidos pelo exorcismo torna uma coisa clara: muitos dos casos assim tratados não envolviam possessão alguma. Os critérios eclesiásticos sobre o que constitui possessão tendem a ser mal definidos e certamente não correspondem aos critérios que mencionei anteriormente. Existe uma tendência para identificar possessão em casos simples de depressão agitada. Conheci mesmo um estado banal de ansiedade que foi atribuído à possessão. Praticar exorcismo em neuróticos simples é, por mais bem-intencionado que seja, aterrador.

A Força do Mal

Neste livro afirmei, sem vergonha nem hesitação, a minha crença de que a doença é uma manifestação da força do mal. As minhas opiniões opõem-se diretamente à atitude otimista da falecida Mary Baker Eddy, segundo a qual o mal simplesmente não existe. Porque parece haver tanto mal no mundo não é explicado. Cristo reconheceu o mal como a base da doença quando se referiu aos homens como sendo tornados íntegros, quer estivesse a lidar com pecadores quer com doentes. Isto não deve ser traduzido de forma repulsiva como significando que os doentes mereceram as suas enfermidades e estão a pagar pelos seus pecados — ou pelos dos seus pais — através dos seus sintomas. Vimo-lo demasiadas vezes: as piores desgraças podem acontecer às melhores pessoas, e a maioria dos doentes não é mais culpável do que se tivesse sido derrubada por um golpe de martelo.

É tanto mais necessário sublinhar a influência do mal porque sempre foi uma fraqueza do pensamento europeu tratá-lo apenas como o aspeto negativo do bem, em vez de o reconhecer como uma força autónoma. Esta atitude lamentável foi reforçada, nos últimos anos, por uma quantidade considerável de filosofia oriental mal assimilada, muitas vezes deliberadamente adulterada para se adequar à predileção decadente do Ocidente pelo atalho conveniente e pela solução fácil.

É impossível considerar a psique como absolutamente fundamental na psiquiatria e rejeitar a influência do mal. A psique é um mecanismo vibratório, constantemente percetivo, que regista na sua substância imaterial tanto o bem como o mal. Fá-lo naquilo que, neste mundo, chamamos passado, presente e futuro, sendo fustigada por vibrações ruinosas de vidas passadas, por transmissores atuais do mal e pelos tremores de horrores iminentes.

Em contraste com este aspeto da psique está o facto de que é através dela que redescobrimos as forças da luz. Por muito que ela capte o mal deste mundo — e da terra de ninguém entre este e o próximo — conhecemo-la como a corda vibrante que nos liga ao espírito individualizado, através do qual estabelecemos contacto com a fonte última do ser.

Sabemos que uma das principais divergências do fluxo cósmico que desce através da psique até nós torna possível que os cancros sejam curados pelas vibrações curativas, que são um aspeto especializado da força do bem. Sabemos, pelo que foi dito neste capítulo, que existe uma potencialidade de cura residente nos nossos próprios sistemas nervosos, a qual podemos canalizar

de tal forma que venha a revolucionar o tratamento em psiquiatria e também na doença física.

Foi por métodos como estes que Cristo e os seus seguidores dos primeiros e segundos séculos curaram os doentes. Até que regressemos a eles — talvez adaptados às necessidades modernas e utilizando aperfeiçoamentos contemporâneos — o número de vítimas exigido pelas doenças psiquiátricas e psicossomáticas continuará a aumentar. Todos estes fenómenos particulares são expressões da capacidade da psique do ser vivo para se libertar do obstáculo da personalidade egocêntrica nos seus esforços de cura. O homem teve outrora a capacidade de fazer estas coisas à vontade. Essa capacidade perdeu-se, exceto numa minoria ínfima. Poderá ser recuperada? Esta é uma questão central no que respeita ao futuro último da psiquiatria.